CENA 50 ZŁ

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 3 (XIV) Maj 1950 Nr 5



WYDAWCA POLSKI CZERWONY KRZYŻ

TREŚĆ

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm 2) autor winien podać swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek i skrótów, bez porozumienia z autorem.

CENA 50 ZŁ

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 3 (XIV) Maj 1950 Nr 5

Światowy Komitet Obrońców Pokoju

zaapelował:

„DOMAGAMY SIĘ STANOWCZEGO ZAKAZU BRONI ATOMOWEJ, JAKO ORĘŻA NAPAŚCI WOJENNEJ I MASOWEJ ZAGŁADY LUDZI. ŻĄDAMY USTANOWIENIA ŚCISŁEJ KONTROLI MIĘDZYNARODOWEJ NAD WYKONANIEM TEGO POSTANOWIENIA. BĘDZIEMY UWAŻALI ZA ZBRODNIARZA WOJENNEGO RZĄD, KTÓRY BY PIERWSZY ZASTOSOWAŁ BROŃ ATOMOWĄ PRZECIWKO JAKIEMUKOLWIEK KRAJOWI".

NA APEL TEN ODPOWIADAJĄ I ODPOWIEDZĄ JESZCZE SETKI MILIONÓW LUDZI, KTÓRYM POKÓJ ZAPEWNI ŻYCIE I JEGO PRAWDZIWY, LUDZKI SENS.

PODPISY SKŁADANE POD APELEM SZTOKHOLMSKIM, TO POTĘŻNY WYRAZ WALKI NARODÓW, NAJPIĘKNIEJSZEJ, NAJBARDZIEJ BOHATERSKIEJ WALKI O POKÓJ.

W OBLICZU GROŹBY POŻOGI WOJENNEJ NIKOMU NIE WOLNO POZOSTAĆ BIERNYM, OBOJĘTNYM WIDZEM, NIEDOŚĆ BOWIEM — P R A G N Ą Ć POKOJU, TRZEBA UMIEĆ POKOJU B R O N I Ć, O POKÓJ W A L C Z Y Ć.

WOJNY PRAGNĄ TYLKO — JEDNOSTKI

POKOJU — M I L I O N Y

MILIONY TE WALCZĄ DZIŚ PODPISEM ZA KTÓRYM STOI PRAWDA, MĄDROŚĆ I POSZANOWANIE CZŁOWIEKA. DLATEGO TEŻ NIE MOŻE WŚRÓD NICH ZBRAKNĄĆ ŻADNEGO PODPISU, NIKT NIE POWINIEN PRZEJŚĆ OBOJĘTNIE KOŁO SPRAWY, KTÓRA WINNA OBCHODZIĆ JEGO SAMEGO, JEGO NAJBLIŻSZYCH ORAZ SPOŁECZEŃSTWO, W KTÓRYM ŻYJE.

KAŻDY PODPIS POD APELEM SZTOKHOLMSKIM JEST WYRAZEM PROTESTU PRZECIW BARBARZYŃSKIEJ BRONI, JEST WYRAZEM POCZUCIA WIĘZI SPOŁECZNEJ.

WSZYSCY PODPISZEMY APEL POKOJU, JEDNOCZĄC SIĘ POD WSPÓLNYM SZTANDAREM Z MILIONAMI LUDZI REPREZENTUJĄCYCH WSZYSTKIE RASY, NARODOWOŚCI, PRZEKONANIA, WYZNANIA I KOŚCIOŁY.

WRAZ Z KRAJEM ZWYCIĘSKIEGO HUMANIZMU — ZSRR, 400 MILIONOWYM NARODEM CHINSKIM, PAŃSTWAMI DEMOKRACJI LUDOWEJ NIEMIECKĄ REPUBLIKĄ DEMOKRATYCZNĄ, REWOLUCYJNĄ KLASĄ ROBOTNICZĄ FRANCJI, WŁOCH, BELGII, HOLANDII, LUDAMI VIETNAMU I INDONEZJI — IDZIEMY PRZECIW OBOZOWI WOJNY.

I W WALCE WYDANEJ WOJNIE — Z W Y C I Ę Ż Y M Y, AŻEBY W SPOKOJU BUDOWAĆ NASZ KRAJ, NASZĄ KULTURĘ I SPRAWIEDLIWOŚĆ SPOŁECZNĄ.

WZYWAMY WSZYSTKIE KOLEŻANKI DO PODPISYWANIA SZTOKHOLMSKIEGO APELU O POKÓJ.

DRUGI TYDZIEŃ ZDROWIA

— Tydzień Walki o Wydajną Pracę

Kraj nasz wkroczył w nowy etap rozwoju, etap budowy podstaw socjalizmu. W okresie 6-lecia zbudowany ma być przemysł ciężki, zaś gospodarka rolna częściowo ma być przestawiona na tory socjalistyczne. W okresie tym coraz bardziej będą się poprawiać warunki życia mas pracujących.

W r. 1950 przewiduje się wzrost produkcji o 22% w stosunku do r. 1949. W r. 1950 stanie 77.500 nowych izb mieszkalnych, na remonty mieszkań robotniczych przeznacza się ogromną sumę 11-tu miliardów zł. Już w pierwszym roku planu 6-letniego przewiduje się znaczną rozbudowę instytucji lecznictwa zamkniętego i otwartego: wzrost liczby łóżek szpitanych o 70%, łóżek sanatoryjnych o 26%, ośrodków zdrowia o 12% itd.

Zdajemy sobie sprawę, jak wielkich wysiłków wymagać będzie wykonanie tego gigantycznego planu. Przed klasą robotniczą stoi poważne zadanie, które będzie realizowane przez zwiększenie wydajności pracy i dalsze uspołecznienie gospodarki. Klasa robotnicza stale przejawia swą twórczą inicjatywę. Długofalowe zobowiązania odkrywają nowe, dotychczas niewykorzystane możliwości racjonalizacji, usprawnienia i zwiększenia wydajności.

Klasa robotnicza, tak ofiarnie budująca nowy sprawiedliwy ustrój w naszym kraju, musi być wspierana w swych wysiłkach przez rząd i całe zorganizowane, świadome społeczeństwo. Wszystkie poczynania rządu na odcinku wzmożenia opieki socjalnej nad człowiekiem pracy są wyrazem troski o dobro mas pracujących. Rozbudowa szkolnictwa, nauki, sztuki, rozbudowa opieki zdrowotnej — wszystko to zmierza do jak największego rozwoju wiedzy, kultury i zdrowia robotników i chłopów mało- i średniorolnych, którzy wkraczają na drogę gospodarki socjalistycznej. Te wielkie cele mogą być osiągnięte jedynie przez czynny udział całego społeczeństwa. Na odcinku zdrowia równie ważne jak rozbudowa lecznictwa jest podniesienie kultury sanitarnej mas pracujących, nauczenie robotnika i chłopa, jak mają żyć i postępować, by uniknąć chorób, rujnujących szczęście rodziny i zmniejszających wydajność pracy.

Polski Czerwony Krzyż, masowa organizacja społeczna, społeczne ramię Służby Zdrowia, ma niezmiernie ważne zadanie — prowadzenie powszechnego szkolenia sanitarnego i wpajanie ludziom, drogą szerokiej propagandy elementarnych zasad higieny.

Nasilenie tej akcji wzrasta szczególnie w czasie „Tygodnia Zdrowia", w którym to, pod przewodnictwem Polskiego Czerwonego Krzyża wszystkie instytucje państwowe, zajmujące się sprawami zdrowia, mobilizują swój aktyw wokół zagadnień zawartych w programie „Tygodnia".

W bieżącym roku „Tydzień Zdrowia" (11—18 czerwca) odbywać się będzie pod hasłem **„Zdrowie rodziny robotniczej w mieście i zdrowie rodziny pracującego chłopa na wsi".** Hasło to jest wyrazem specjalnej troski Służby Zdrowia i PCK o zdrowie rodzin mas pracujących, od których wydajności pracy zależy wykonanie planu i budowa podstaw socjalizmu.

PCK, wysuwając w „Tygodniu Zdrowia" na pierwszy plan zagadnienie zdrowia rodzin budowniczych socjalizmu, daje wyraz najlepiej pojętego humanitaryzmu.

Drugi „Tydzień Zdrowia" ma na celu:

wykazać jak wielką rolę spełnia rodzina w ustroju socjalistycznym;

przedstawić osiągnięcia Służby Zdrowia w Związku Radzieckim i w Polsce Ludowej na odcinku opieki zdrowotnej nad dzieckiem, matką i człowiekiem pracującym;

zmobilizować społeczeństwo wokół zdrowia rodziny robotniczej i chłopskiej, by zainteresować warunkami jej życia i pracy oraz pobudzić inicjatywę do współdziałania z czynnikami państwowymi zmierzającymi do podniesienia zdrowotności naszego kraju;

przyczynić się do zmniejszenia śmiertelności wśród dzieci przez organizowanie żłobków sezonowych w wiejskich spółdzielniach produkcyjnych i P.G.R., oraz

prowadzić walkę z biegunkami letnimi niemowląt i współpracować w organizowaniu opieki sanitarnej na koloniach letnich dla dzieci;

popularyzować zadania programowe Polskiego Czerwonego Krzyża ze szczególnym uwzględnieniem akcji werbowania krwiodawców i w ogóle akcji werbowania członków Polskiego Czerwonego Krzyża.

Akcja sanitarno-oświatowa obejmie cały kraj, szczególnie zaś spółdzielnie produkcyjne i P.G.R., Ośrodki Zdrowia, Koła Gospodyń Wiejskich, szkoły, Koła PCK i wszystkie zakłady pracy; przyczyni się ona do obniżenia śmiertelności dzieci drogą propagowania wśród matek zasad higieny w wychowywaniu dziecka.

Szeroka akcja werbowania krwiodawców uprzystępni wreszcie ludziom pracy ten wspaniały lek, jakim jest krew ludzka, lek nie tylko doskonały i niezastąpiony, lecz kryjący w sobie symbol solidarności ludzi, rozumienie konieczności niesienia pomocy człowiekowi choremu. Nie bez powodu krwiodawstwo rozwinęło się najpotężniej w Związku Radzieckim, gdyż w kraju socjalizmu każdy pracuje dla dobra wszystkich, uważa więc również za swój obowiązek nieść pomoc cierpiącym ofiarą swej krwi.

Do realizacji programu „Tygodnia Zdrowia" Polski Czerwony Krzyż mobilizuje organizacje i instytucje, Związki Zawodowe, działaczy społecznych, nauczycielstwo i młodzież.

Szczególnie ważny jest udział w akcjach „Tygodnia Zdrowia" pracowników służby zdrowia: lekarzy, pielęgniarek, położnych.

Nie powinnyśmy czekać na wezwanie organizatorów „Tygodnia Zdrowia" w naszej miejscowości. Obowiązkiem każdej z nas jest włączenie się do akcji w miarę swych zdolności i zamiłowań.

Dla każdej pielęgniarki znajdą się zadania:

udział w wyjazdach do spółdzielni produkcyjnych i Państwowych Gospodarstw Rolnych;

udział w akcji sanitarno-oświatowej, którą powinnyśmy rozszerzyć przez pogadanki dla zespołów robotniczych i chłopskich oraz w naszych placówkach pracy zawodowej;

włączenie się do stałej pracy w Polskim Czerwonym Krzyżu;

werbunek krwiodawców.

Przez współdziałanie z Polskim Czerwonym Krzyżem pielęgniarki polskie staną do walki o zdrowie mas pracujących, do walki o większą wydajność pracy, do walki o lepsze jutro naszego kraju.

Wszystkie pielęgniarki wezmą czynny udział w akcji drugiego „Tygodnia Zdrowia".



WAF

Ekipy sanitarne PCK wyjeżdżają na wieś celem przeprowadzania masowych badań.

Dr SABINA KOCHAŃSKA
Naczelnik Wydz. Min. Zdrowia

Walka z biegunkami letnimi

ZBLIŻA się lato, a z nim okres nasilenia epidemii biegunek letnich u niemowląt. Każdy pracownik służby zdrowia, zwłaszcza zaś stojący na odcinku opieki nad dzieckiem, zdaje sobie doskonale sprawę z tego, jak wielkim niebezpieczeństwem dla niemowlęcia jest biegunka.

Dzięki głębokim przemianom ustrojowym w naszej państwowości zmienił się radykalnie stosunek do zagadnień zdrowia. Zrywamy z dotychczasowym, niejednokrotnie fatalistycznym podejściem do kwestii epidemii, zrywamy z nihilizmem w lecznictwie, a uzbrojeni w filozofię dialektyczno-materialistyczną podporządkowujemy nauce wiele zjawisk rzekomo niezbadanych. Bowiem nauka w ustroju socjalistycznym, w odróżnieniu od nauki w krajach kapitalistycznych, służy potrzebom ludności — narodowi, nie jest oderwana od życia, przeciwnie, przy pomocy nauki jedynie można rozwiązać wszelkie zagadnienia w skali ogólno-państwowej. Takie właśnie cechy charakteryzują naukę radziecką. Nauka radziecka wypowiedziała m. in. nieubłaganą walkę śmiertelności niemowląt i jej przyczynom.

W Polsce walkę o obniżenie śmiertelności niemowląt podjęło Ministerstwo Zdrowia, organizując w ubiegłym roku akcję zwalczania biegunek u niemowląt w skali ogólno-krajowej. Analizując wyniki zeszłorocznej akcji, należy ocenić ją pozytywnie, właśnie ze względu na jej rewolucyjny charakter, akcja ta bowiem zdołała przełamać dotychczasowe bierne ustosunkowanie się do zagadnienia biegunek i zmobilizować zarówno zawodowy personel służby zdrowia, jak i w ogóle całe społeczeństwo.

Przez uruchomienie dodatkowych ambulatoriów dziecięcych (czynnych w godzinach popołudniowych), przez zorganizowanie dodatkowych łóżek w szpitalach dziecięcych (około 1400), przez udostępnienie pomocy lekarskiej każdemu dziecku, co wpłynęło na to, że do lekarzy zgłaszały się matki z dziećmi w początkowym okresie choroby — udało się obniżyć liczbę zgonów z powodu biegunek. Propaganda tej akcji sięgała głęboko w teren — na wieś. Należy jednak krytycznie przyznać, że niedostatecznie zmobilizowany był czynnik społeczny, że nie potrafiono go należycie docenić i wykorzystać. Błędem również było wynikające z programu zakończenie akcji, a więc jej okresowe trwanie, swego rodzaju doraźność.

JAKIE zadanie czeka nas w roku bieżącym? Przede wszystkim musimy zdać sobie sprawę z tego, że dzisiejsza nauka największy nacisk kładzie na **profilaktykę**, w szczególności gdy chodzi o choroby dziecięce. Wiemy dobrze, że na biegunkę chorują przede wszystkim niemowlęta słabe, dystroficzne, karmione sztucznie i mało odporne na zakażenia wszelkiego rodzaju. Wiemy, że w większości przyczyną biegunek u niemowląt jest zakażenie i, że zarazek dostaje się do ustroju dziecka drogą pokarmową. Wiemy, że biegunki występują u niemowląt nie tylko w lecie (niesłusznie zatem nazywamy je „biegunkami letnimi"), latem jednak częstość ich występowania wzrasta wskutek lekceważenia konieczności energicznej walki z muchami-nosicielkami zarazków, wskutek przegrzewania niemowląt, wskutek nieumiejętnej konserwacji łatwo psującego się mleka itd.

Walka z biegunkami u niemowląt musi trwać cały rok, szczególnie zaś energicznie tam, gdzie pracownik służby zdrowia — lekarz, pielęgniarka, położna — styka się z matką i niemowlęciem. Praca nasza na tym odcinku to stałe, codzienne, uparte uświadamianie matek jak zapobiegać chorobom, jak ustrzec dziecko przed zachorowaniem. Musimy przekonać matki, że najlepszy dla niemowlęcia jest pokarm kobiecy, że niemowlę karmione piersią lepiej się rozwija i jest odporniejsze na choroby, że czystość i świeże powietrze to nieodzowne warunki dla zdrowia niemowlęcia. Musimy uczyć, że dziecko należy kąpać codzień, że trzeba jak najczęściej zmieniać bieliznę, że bielizna musi być zawsze czysta, prana i gotowana; że trzeba walczyć z przegrzewaniem niemowlęcia, że nie należy zawijać je w beciki z pierza, poduszki itp., ponieważ osłabia to niemowlę i czyni je podatne na choroby; że przy dokarmianiu czystość musi

być bezwzględnie przestrzegana, że trzeba myć ręce, gotować naczynia, myć owoce i jarzyny.

Propaganda tego abecadła higieny to najważniejszy odcinek walki z biegunkami!

OKRES letni stanowi okres nasilonej pracy, ostrego pogotowia i mobilizacji pracowników służby zdrowia na odcinku dziecięcym. Dla uniknięcia momentów usposabiających do choroby trzeba walczyć z brudem, muchami, przegrzewaniem niemowląt i z odstawianiem od piersi w okresie letnim. Trzeba udostępnić opiekę lekarską i pielęgniarską w najwcześniejszym stadium choroby, uchwycić każdy świeży przypadek i udzielić mu natychmiastowej pomocy, by nie dopuścić do zaniedbania.

Zadanie pielęgniarki stanowić będą:

częste pogadanki,

pokazy racjonalnego pielęgnowania i karmienia niemowlęcia,

propaganda karmienia naturalnego,

konkursy czystości,

konkursy na najlepiej pielęgnowane niemowlę,

wywiady domowe i instruowanie otoczenia.



WAF

Wzorowa czystość przy pielęgnowaniu dziecka zmniejsza niebezpieczeństwo zakażenia.

Pielęgniarkę powinien cechować socjalistyczny stosunek do pracy i pacjenta, troska o jego zdrowie, sumienność w wykonywaniu trudnych nieraz obowiązków oraz głębokie poczucie odpowiedzialności za powierzony jej odcinek. Od pielęgniarki, od rzetelności jej opieki zależy niejednokrotnie życie dziecka, na niej bowiem spoczywa główny ciężar pracy — sumienne wykonanie zleceń lekarskich.

Sabina Kochańska

Dr JULIA STARKIEWICZOWA
Adiunkt Klin. Pediatr., Szczecin

Krzywica i jej zwalczanie

KRZYWICA jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób wieku niemowlęcego, chorobą nabytą, której można skutecznie zapobiegać.

Krzywica jest to przewlekła choroba ogólna, przejawiająca się jednak głównie w układzie kostnym, w okresie intensywnego wzrostu dziecka, między 2. a 18. miesiącem życia. Krzywica występuje przeważnie w północnej strefie umiarkowanej, a więc w krajach o małej ilości dni słonecznych.

Brak światła

Dominującym czynnikiem etiologicznym jest brak światła słonecznego. Potwierdzają to doświadczenia na zwierzętach. Porównanie dwóch młodych psów, z których jeden trzymany był w piwnicy a drugi w świetle, wykazało wyraźne różnice w składzie chemicznym ich kośćca, różnice dotyczące ilości wapnia i fosforu. Stwierdzono również zależność między liczbą dni słonecznych w miesiącu, a poziomem fosforu we krwi i krzywicą. Zauważono też, że dzieci urodzone na jesieni i zimą zapadają znacznie częściej na krzywicę niż dzieci urodzone wiosną i latem. Brak powietrza i światła prowadzi do krzywicy!

Złe warunki higieniczne

Drugim czynnikiem etiologicznym są złe warunki higieniczne: brudne, źle przewietrzane mieszkania, zbyt ciepłe ubranie, beciki z pierza, zbyt ciepłe owijanie po kąpieli, trzymanie dziecka w głębokim ceratowym wózku (zamiast

w przewiewnym metalowym lub koszykowym łóżeczku), zasłanianie, na spacerze, dziecka w wózku firanką lub szybką, pozbawianie go dostępu powietrza — wszystko to powoduje przegrzanie, uniemożliwia dostęp promieni pozafiołkowych do skóry i pośrednio prowadzi do krzywicy.

Wadliwe odżywianie

Trzecim czynnikiem prowadzącym do krzywicy jest nieodpowiednie odżywianie niemowlęcia. O wiele mniej mamy dzieci krzywiczych wśród karmionych piersią. Karmienie sztuczne usposabia do krzywicy, zwłaszcza jeśli jest jednostronne, polegające na przekarmianiu dziecka mlekiem krowim i węglowodanami, przede wszystkim kaszkami. Należy pamiętać o podawaniu surowych soków owocowych od 3-go miesiąca życia. Od 5-go miesiąca życia niemowlę powinno dostawać przetarte jarzyny, w ilości co najmniej 30 do 50 g. Nie należy podawać więcej niż 500—600 g mleka krowiego dziennie.

Najmniej ważnym czynnikiem w powstawaniu krzywicy jest konstytucja. W złych warunkach każde niemowlę może zapaść na krzywicę. Musimy jednak uznać pewne dziedziczne usposobienie do krzywicy. Znane są przypadki występowania jej w szeregu pokoleń jednej rodziny mimo znośnych warunków higienicznych.

Omówione czynniki powodują zaburzenia przemiany fosforowo - wapniowej oraz zakwaszenie ustroju. Przemiana fosforowa jest regulowana przez witaminę D_2, która może być podana gotowa w pożywieniu lub wytworzona w ustroju pod wpływem promieni ultrafioletowych (słońce). Zmniejszenie ilości fosforu i kwasica stają się przyczyną zaburzeń kostnienia charakterystycznych dla krzywicy.

Objawy

Krzywica jest schorzeniem niemowląt w okresie wzrostu od 2 miesięcy do półtora roku życia, jednak wcześniaki i bliźnięta często już chorują wcześniej.

Omówimy najważniejsze objawy krzywicy. **Rozmięknienie potylicy,** daje się obserwować u dzieci w 3—4 miesiącu życia (kości potylicy są miękkie jak pergamin); ten charakterystyczny dla rozwiniętej krzywicy obraz spotyka się na ogół rzadko w środowiskach stojących na nieco wyższym poziomie higieny. Między 5—6 miesiącem życia występuje **„różaniec krzywiczy“,** polegający na powstawaniu zgrubień na żebrach w miejscu połączeń chrzęstno-kostnych, dających się wymacać, a nawet w cięższych przypadkach widocznych przez skórę. **Krzywicza klatka piersiowa** jest miękka, wąska, zapadnięta po bokach, mostek wypuklony lub zapadnięty. W miejscu przyczepu przepony do żeber można zauważyć poprzeczne wgłębienie, tworzące tzw. bruzdę Harrisona. **Czaszka krzywicza** ma kształt czworokątny wskutek nadmiernego rozwoju guzów czołowych. Czaszka jest większa od normalnej. Ciemiączko jest duże i późno zarasta. Ząbkowanie opóźnia się, zęby wychodzą w nieprawidłowej kolejności, łatwo ulegają próchnicy, uszkodzeniom szkliwia, mają kolor nieprawidłowy. Kości długie wykazują zgrubienia zwłaszcza w okolicy stawów nadgarstkowych i skokowych. Widzimy także zgrubienia palców — **„palce paciorkowate“.** W ciężkich postaciach krzywicy, kości pod wpływem obciążenia wyginają się szablowato. Krzywica prowadzi często do skrzywień kręgosłupa i płaskiej stopy, a także do powstania płaskiej miednicy. Płaska miednica u kobiet dorosłych bywa przyczyną nieprawidłowych położeń płodu. Widzimy więc, że krzywica nie leczona pozostawia zmiany na całe życie i obniża pod wielu względami wartość jednostki.

Poza układem kostnym krzywica atakuje również inne narządy. Dzieci krzywicze mają mięśnie wiotkie, są anemiczne, mają powiększoną śledzionę i wątrobę, a także wykazują pewne zmiany psychiczne — są apatyczne i mało interesują się otoczeniem.

W przebiegu krzywicy można rozróżnić: 1) okres początkowy, 2) okres rozkwitu, 3) okres ustępowania objawów. W przypadkach o przebiegu lżejszym okres pierwszy przechodzi od razu w trzeci, czyli najcięższe objawy w ogóle nie występują.

Rokowanie zależy od wczesnego rozpoznania i leczenia. Nie leczona krzywica prowadzi do wyżej opisanych następstw i do tak znacznego zahamowania rozwoju, że spotkać możemy dzieci 2-letnie o wadze i rozwoju półrocznych.

Zapobieganie i leczenie

Zapobieganie krzywicy polega przede wszystkim na uświadamianiu matek. Kobiecie ciężar-

nej należy zapewnić odpowiednią dietę, bogatą w witaminy, wapń i fosfor (jajka, mleko, masło, chleb, owoce, jarzyny).

Pamiętajmy specjalnie o dzieciach znajdujących się w złych warunkach, sztucznie odżywianych, a także o niemowlętach niedonoszonych, bliźniętach, o dzieciach urodzonych jesienią i zimą. Musimy niemowlętom zapewnić jak najwięcej powietrza i słońca, wyprowadzać je na długie spacery. Spacer w lecie może trwać nawet cały dzień, w zimie co najmniej 3 godziny. W dni słotne, wietrzne i bardzo mroźne spacer zastępujemy werandowaniem przy otwartych oknach. Przez zamknięte okna promienie pozafiołkowe nie przechodzą. W naszym klimacie nie zawsza starcza słońca dla zapobiegania krzywicy, musimy się tedy uciekać do naświetlań lampą kwarcową. W żadnym wypadku jednak nie wolno stosować lampy kwarcowej bez zalecenia lekarza i bez sprawdzenia, czy dziecko nie jest przypadkiem zakażone gruźlicą. W okresie naświetlań lampą kwarcową nie należy podawać tranu.

Doniosłym czynnikiem zapobiegawczym jest karmienie naturalne, piersią, jeśli jednak z jakichkolwiek powodów staje się to niemożliwe, pozostaje karmienie sztuczne według ścisłych wskazówek lekarza.

Dalszym pomocniczym, lecz bardzo ważnym czynnikiem jest witamina D_2 regulująca procesy kostnienia. W tranie znajduje się gotowa witamina D_2, lecz ustrój może ją tworzyć także w skórze pod wpływem naświetlania słońcem lub kwarcówką. Ważne jest prawidłowe dawkowanie tranu i preparatów witaminowych, jak VIGANTOL, VITAVIT, DEVIT, VITASOL i inne. Dawki zapobiegawcze i lecznicze tych środków różnią się nieco, ustalać je zatem powinien lekarz. Nie można podawać tranu i preparatów witaminowych bez ograniczeń. Po miesiącu trzeba zrobić przerwę 2-tygodniową, po czym powrócić do leczenia w ciągu kilku miesięcy z przerwami.

Znane jest obecnie leczenie krzywicy przy pomocy jednorazowego podawania silniejszej dawki witaminy, bądź to w postaci zastrzyku bądź doustnie. Taką dawkę uderzeniową należy powtórzyć po 6 tygodniach względnie 3 miesiącach, zależnie od wskazań lekarza, przestrzec jednak trzeba przed modą bezkrytycznego podawania kilkakrotnie takich „uderzeń przeciwkrzywiczych". Prowadzi to do przedawkowania witaminy D_2, a tym samym szkodzi dziecku. Należy podkreślić, że witamina D_2 jest jedynym lekiem przeciwkrzywiczym, zaś preparaty wapniowo-fosforowe ani nie zapobiegają ani nie leczą krzywicy; podawanie ich jest niepotrzebne, ponieważ zwykła, codzienna dieta zawiera dostateczną ilość fosforu i wapnia.

Aby dzieci krzywicze uchronić od trwałych zmian w kośćcu należy przestrzegać przed wczesnym sadzaniem i stawianiem niemowląt. Stała pozycja leżąca na twardym materacyku najłatwiej chroni takie dzieci od zniekształceń kręgosłupa i kończyn.

Julia Starkiewiczowa

Dr JADWIGA PĄGOWSKA-WAWRZYŃSKA

Choroby gośćcowe

NAZWA **„gościec"** lub **„reumatyzm"** obejmuje cały szereg jednostek chorobowych, których wspólną cechą jest zajęcie układu kostno-stawowego oraz tkanek otaczających (mięśni, wiązadeł, tkanki łącznej). Dotychczas przyjęty przez ogół podział na **„reumatyzm"** i **„artretyzm"** nie został zaakceptowany przez lekarzy. Terminy te nie są terminami naukowymi, a w terminologii przyjętej przez laików, pierwszy oznacza bóle w stawach bez ich zniekształceń, drugi zaś zniekształcenia w stawach w związku z odkładaniem się w nich soli wapnia lub moczanów.

Terminologia lekarska przyjmuje inne jednostki chorobowe, z których najważniejszymi są:

1. CHOROBA REUMATYCZNA (w ścisłym tego słowa znaczeniu), wywołana przez nieznana-

ną bakterię, uszkadzająca przede wszystkim narząd krążenia (serce), rzadziej powodująca bóle i obrzęki stawów, a w każdym razie nie dająca zniekształceń stawów;

2. GOŚCIEC PIERWOTNIE PRZEWLEKŁY, którego czynnik etiologiczny nie jest jeszcze znany, a w którym zmiany zaczynają się najczęściej od drobnych stawów kończyn, występując systematycznie i doprowadzając do zniekształceń i zesztywnień stawów oraz do zaników mięśniowych;

3. GOŚCIEC ZWYRADNIAJĄCY, który powstaje na tle zużycia stawów a więc występuje najczęściej w wieku starszym. Choroba ta dotyczy najczęściej jednego stawu (biodrowego, kolanowego), doprowadzając niekiedy do pewnego zniekształcenia wskutek zniszczenia chrząstki stawowej i powstawania wyrośli kostnych na powierzchni stawowej kości;

4. REUMATYCZNE ZAPALENIE TKANKI ŁĄCZNEJ I MIĘŚNI.

Poza tymi głównymi grupami schorzeń gośćcowych istnieją jeszcze inne, rzadziej spotykane choroby, np. dna (skaza moczanowa), w której zmiany w stawach powstają wskutek odkładania się soli moczanowych.

Choroby gośćcowe są w Polsce ogromnie rozpowszechnione. Statystyki, którymi dysponujemy, nie są dość dokładne, gdyż nie wszyscy chorzy zgłaszają się do lekarzy nawet w tak poważnych przypadkach, jak choroba reumatyczna u dzieci. Pobieżne obliczenia pozwalają przyjąć za minimum 3% ogółu ludności, ale prawdopodobniejszą wydaje się cyfra 5—6%.

Choroba reumatyczna

Szczególnie ostrym zagadnieniem społecznym jest **choroba reumatyczna u dzieci,** gdyż zmiany jej towarzyszące dotyczą przede wszystkim u k ł a d u k r ą ż e n i a, zaś zmiany stawowe, zwłaszcza u młodszych dzieci, czasem nie występują wcale. Choroba reumatyczna (lub t.zw. „ostry gościec stawowy") nie pozostawia trwałej odporności i daje bardzo często nawroty, wskutek czego narząd krążenia zostaje atakowany przy każdym z następnych nawrotów i w rezultacie wytwarza się t.zw. „wada serca". Prawie wszystkie wady serca, z jakimi się spotykamy u dzieci są pochodzenia gośćcowego. Przebadanie dzieci szkół warszawskich pozwoliło na stwierdzenie, że około 2,6% przebywa ostry gościeć i mniej więcej u takiej samej liczby dzieci stwierdzamy wadę serca.



WAF

Choroby gośćcowe mają często ukryte źródło w schorzałych zębach. To też przy Instytucie Reumatologicznym w Warszawie powstają gabinety dentystyczne, które prowadzą dokładną kontrolę uzębienia

Profilaktyka i właściwe leczenie odgrywają w tej chorobie bardzo ważną rolę i dlatego nie powinno się u dzieci lekceważyć nawet najdrobniejszych objawów choroby stawów.

W obecnym stanie wiedzy leczenie choroby reumatycznej u dzieci jest skuteczne przy odpowiednim leczeniu szpitalnym, stosowanym w okresie conajmniej kilku tygodni. Może to zapobiec powstaniu wady serca. Stwierdzono poza tym, że im dłuższy jest okres między pierwszym atakiem choroby a nawrotem, tym bardziej maleje możliwość pozostania trwałych zmian w narządzie krążenia.

Po okresie leczenia szpitalnego dziecko powinno nadal pozostawać pod obserwacją lekarską i podlegać dalszemu leczeniu w domu lub zakładzie specjalnym (Domu Zdrowia) *). Leczenie balneologiczne w tym okresie jest przeciwwskazane.

Gościec pierwotnie przewlekły

Zmiany chorobowe przy chorobach gośćcowych u dorosłych, przeciwnie jak to bywa u dzieci, nie dotyczą narządu krążenia, ale narządu ruchu, na pierwszy plan wysuwa się tu t.zw. **pierwotnie przewlekły gościec,** dający

---

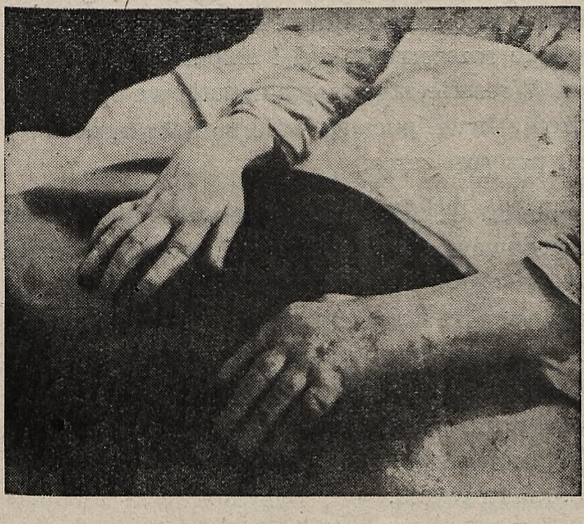
*) Dla dzieci gośćcowych, przede wszystkim dla tych, które przebyły ostry gościec i wymagają szczególnej opieki, istnieją specjalne Domy Zrowia. Do Domów Zdrowia kwalifikują przychodnie przeciwreumatyczne dla dzieci przy Centralnych Poradniach Ochrony Macierzyństwa i Zdrowia Dziecka.

zniekształcenie i zesztywnienie stawów, trwające przez długie lata. Chorobę tą częściej spotykamy u kobiet, a odpowiednikiem jej u mężczyzn jest zniekształcające zapalenie stawów kręgosłupa, które doprowadza do ciężkiego kalectwa. Tego typu chorych jest w Polsce ponad 100 tysięcy, a biorąc pod uwagę długość trwania tej choroby, chorzy ci stanowią duży ciężar dla społeczeństwa.

Pomimo iż do niedawna choroba ta uchodziła za nieuleczalną, obecnie widoki na jej leczenie są coraz bardziej optymistyczne, bardzo ważne jest jednak rozpoczynanie leczenia we wczesnych okresach choroby, kiedy nie ma jeszcze w stawach zmian nieodwracalnych. Ci chorzy powinni pozostawać pod stałą opieką i obserwacją poradni przeciwreumatycznej, przy czym pamiętać należy, że leczenie uzdrowiskowe jest w tych wypadkach tylko jednym z fragmentów leczenia, ale nie jest jedynym wystarczającym czynnikiem leczniczym, jak to często chorzy sobie wyobrażają.

Reumatyczne zapalenie tkanki łącznej i mięśni

Reumatyczne zapalenie tkanki łącznej i mięśni ma również swój aspekt społeczny, choć nie jest chorobą groźną. Choroba ta daje silne bóle i wskutek tego obezwładnia chorego a że ma skłonność do nawrotów, staje się chorobą dającą największą liczbę opuszczonych dni pracy.



WAF

Charakterystyczne zniekształcenie stawów dłoni i palców

W schorzeniach tych doskonały efekt daje leczenie fizykoterapeutyczne i uzdrowiskowe, to też wprowadzenie wczasów leczniczych i zorganizowanie gabinetów fizykoterapeutycznych w zakładach pracy może bardzo znacznie zmniejszyć częstość tego, mało groźnego indywidualnie, ale groźnego społecznie, cierpienia.

* * *

Lecznictwem chorób gośćcowych zajmują się przede wszystkim **poradnie przeciwreumatyczne** przy Ośrodkach Zdrowia, jest ich jednak narazie bardzo niewiele, bo około 70-u. Do nich należy leczenie i obserwacja tych, u których choroba mogłaby grozić kalectwem lub długotrwałym inwalidztwem. Każdy chory wypisany ze szpitala po chorobie gośćcowej powinien być kierowany pod dalszą opiekę poradni przeciwreumatycznej, a w każdym razie — jeżeli poradnia jest daleko od miejsca zamieszkania chorego — powinien się tam zgłaszać choć raz na kilka miesięcy.

Oprócz poradni przeciwreumatycznych przy Ośrodkach Zdrowia istnieją **wojewódzkie centralne poradnie,** które dysponują większymi możliwościami rozpoznawczymi i leczniczymi. Poradnia wojewódzka ma nadzór nad lecznictwem chorób gośćcowych w swoim okręgu i udziela wskazówek leczniczych chorym, kierowanym przez lekarzy z terenu w celu ustalenia rozpoznania i wyboru metody leczenia.

Instytucją centralną, skupiającą wszystkie zagadnienia lecznictwa chorób gośćcowych, jest **Państwowy Instytut Reumatologiczny** w Warszawie.

Państwowy Instytut Reumatologiczny ma do swej dyspozycji kilka stacji leczniczo-doświadczalnych, które oceniają poszczególne metody leczenia. Poradnia Państwowego Instytutu Reumatologicznego udziela wskazówek leczniczych chorym skierowanym przez lekarzy, ale sama bezpośrednio chorych nie leczy za wyjątkiem przypadków, poddanych obserwacji naukowej.

Metody lecznicze, opracowane przez Państwowy Instytut Reumatologiczny, są następnie komunikowane lekarzom na licznych kursach szkoleniowych urządzanych przez Instytut.

Państwowy Instytut Reumatologiczny ma również nadzór nad gabinetami fizykoterapii przy dużych zakładach pracy i dostarcza im aparaturę, zaś szkoła masażu i obsługi gabinetów fizjoterapeutycznych przy Państwowym Instytucie Reumatologicznym kształci dla nich personel.

J. Pągowska-Wawrzyńska

Dr STANISŁAW KASINA
Szp. Miejski Nr 4, Warszawa

Wole

Nieco anatomii

Tarczyca albo gruczoł tarczowy leży na szyi od przodu i przylega do krtani i tchawicy.

Składa się ona z dwóch płatów bocznych, połączonych węziną. Płaty boczne sięgają w dół do piątej chrząstki tchawicy, w górę do górnych brzegów chrząstki tarczowej, z boków zaś — do brzegów mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego.

Tętnice: tarczowa górna i dolna zaopatrują gruczoł w krew, tarczowa dolna w przebiegu swym krzyżuje się z nerwem krtaniowym dolnym, który przy zabiegu operacyjnym na tarczycy może łatwo ulec uszkodzeniu.

.....i fizjologii

Tarczyca podobnie jak przysadka mózgowa, trzustka, nadnercze, gruczoły płciowe, jest gruczołem o wydzielaniu wewnętrznym, to znaczy produkty swoje wydziela wprost do krwi. Nabłonki gruczołowe tarczycy produkują białko, tyreoglobulinę, w skład której wchodzi hormon zawierający jod, zwany **tyroksyną.** Hormon ten pobudza przemianę materii tkanek.

Na tylnej powierzchni płatów bocznych tarczycy leżą gruczoły przytarczowe, regulujące przemianę wapnia i fosforu w ustroju.

Trzy rodzaje wola

WOLEM nazywamy częściowe lub całkowite powiększenie tarczycy, przy czym nie jest ono spowodowane ani sprawą zapalną, ani złośliwą-nowotworową.

Rozróżniamy trzy rodzaje wola:

1. wole obojętne tj. nie połączone z zaburzeniami produkcji hormonów,
2. wole toksyczne (choroba Basedowa) połączone z nadczynnością gruczołu,
3. niedomoga wydzielnicza tarczycy.

WOLE OBOJĘTNE spotyka się stosunkowo często, zwłaszcza w okolicach podgórskich, gdzie niekiedy występuje ono endemicznie. Przyczyna powstawania wola nie jest dokładnie znana. Prawdopodobnie jedną z przyczyn jest brak lub niedostatek soli jodowych w wodzie do picia. Dlatego w niektórych krajach (Austria, Szwajcaria) dodaje się do soli kuchennej drobne ilości jodu.

Jeżeli powiększony jest cały gruczoł, mówimy o **wolu rozlanym** jeżeli tylko jego części **— o wolu guzowatym.** W wolu mogą tworzyć się torbiele, może ulec ono zwapnieniu lub, rzadko, skostnieniu.

GŁÓWNYM OBJAWEM choroby jest powiększenie gruczołu, który może osiągnąć bardzo duże rozmiary. Powiększony gruczoł tworzy guz, który unosi się ku górze podczas połykania. Niekiedy wole powiększa się wzdłuż tchawicy do śródpiersia, mówimy wówczas o wolu zamostkowym.

Wole, uciskając na narządy szyi, może wywołać szereg zaburzeń. Wskutek ucisku na tchawicę powstaje duszność, ucisk na przełyk wywołuje zaburzenia w połykaniu, ucisk na nerw krtaniowy dolny prowadzi do chrypki lub zupełnego bezgłosu. Rozrastający się gruczoł uciska i przemieszcza duże naczynia szyjne, powodując rozszerzenie żył i skłonność do krwawień. Wreszcie, stwarzając dodatkowe opory dla krążenia krwi, pociąga wole za sobą rozszerzenie i przerost serca.

WOLE TOKSYCZNE (choroba Basedowa) spowodowane jest nadmierną i trującą wydzieliną gruczołu tarczowego, zmienionego patologicznie w połączeniu z zaburzeniami innych gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu. Dokładna przyczyna choroby nie jest znana.

Choroba występuje najczęściej u kobiet w średnim wieku.

Zasadniczymi objawami choroby jest powiększenie tarczycy (struma), które nie zawsze osiąga duże rozmiary, wytrzeszcz gałek ocznych oraz przyśpieszona akcja serca (do 140 uderzeń na minutę). Występuje tutaj także rzadkie

mruganie oraz inne objawy oczne jak objaw Graefego i objaw Moebiusa.

Dalej spotykamy w tej chorobie drżenie rąk, objawy nerwowe, jak wzmożona pobudliwość nerwowa, bóle głowy, bezsenność, biegunki; objawy naczyniowe, jak uczucie gorąca, obfite pocenie się nawet przy całkowitym spokoju, obrzęki. Wreszcie występują zaburzenia w miesiączkowaniu, słabość mięśni, szybkie chudnięcie mimo stosunkowo dobrego apetytu.

Podstawowa przemiana materii jest zwiększona w lekkich przypadkach od 5% do 25%, ciężkich od 40% do 80% a nawet i więcej. Choroba rzadko powstaje nagle, najczęściej rozwija się powoli, a przebieg jej jest przewlekły z polepszeniami, czasem dość długo trwającymi lub zaostrzeniami objawów toksycznych.

NIEDOMOGA WYDZIELNICZA TARCZYCY

Na skutek braku czynności wydzielniczej tarczycy może wystąpić obrzęk śluzakowaty; choroba ta może pojawić się zarówno we wczesnym dzieciństwie, jak i w średnim wieku, najczęściej u kobiet.

Dokładna przyczyna niedomogi nie jest znana, być może odgrywają tu rolę przebyte choroby zakaźne (gruźlica, kiła), alkoholizm, choroby przedniego płatu przysadki mózgowej). Wrodzona niedomoga występuje najczęściej w okolicach podgórskich. Wreszcie spotykamy się z nią po całkowitym usunięciu tarczycy przy zabiegu operacyjnym wola, względnie nowotworu złośliwego tarczycy.

Gruczoł tarczowy przeważnie nie jest powiększony. Jako **objawy** tej choroby występują: twarz obrzmiała, powieki obrzęknięte, szpary oczne wąskie, nos obrzmiały i płaski, język powiększony, głos zachrypnięty. Kończyny są obrzmiałe i zgrubiałe, brzuch wystaje do przodu. Skóra zgrubiała, sucha, zimna. Włosy rzadkie, suche, łatwo wypadają. Temperatura ciała jest poniżej normy, tętno wolne, ciśnienie krwi obniżone, podstawowa przemiana materii znacznie zmniejszona (do 60%). Krew zawiera zmniejszone ilości jodu.

Obrzęk śluzakowaty wrodzony cechuje zahamowanie rozwoju kości kończyn, obojczyka, czaszki (wzrost karli), niedorozwój płciowy i umysłowy (matołectwo — cretynismus).

Nowotwory tarczycy

Powiększenie tarczycy może być spowodowane także przez nowotwory i to zarówno dobrotliwe (tłuszczaki, gruczolaki, włókniaki) jak i nowotwory złośliwe. Do najczęstszych nowotworów złośliwych tarczycy należą raki, mięsaki i gruczolakoraki.

Złośliwy nowotwór tarczycy tworzy twardy, mało ruchomy guz, o nierównej powierzchni. Charakterystyczne są bóle, promieniujące do karku, ucha, barków. Występuje chrypka, zaburzenia w połykaniu, duszność.

Niezmiernie ważne jest wczesne rozpoznanie nowotworu złośliwego tarczycy, gdyż tylko wcześnie wykonany zabieg operacyjny może uratować chorego.

Leczenie

LECZENIE WOLA OBOJĘTNEGO polega na podawaniu małych dawek jodu najczęściej w formie jodyny (jedna do dwóch kropel dziennie) lub roztworu Lugola (trzy do pięciu kropel). Podawanie jodu może w niektórych przypadkach wywołać objawy nadczynności tarczycy i wówczas należy je natychmiast przerwać. Stosuje się też naświetlanie promieniami Rentgena.

Jeżeli wole jest duże, a leczenie wewnętrzne nie daje poprawy, uciekamy się do zabiegu operacyjnego. Względy kosmetyczne odgrywają tutaj także pewną rolę.

Zabieg operacyjny polega na wycięciu wola (strumectomia).

Chorzy z wolem nietoksycznym nie wymagają zasadniczo żadnego przygotowania do zabiegu poza badaniem ogólnym, badaniem laryngologicznym krtani i tchawicy, zdjęciem Rtg. płuc.

W przypadkach jednak choroby Basedowa chory przed operacją przebywa w łóżku około dwóch tygodni. W tym czasie wykonuje się badania laryngologiczne, bada się dokładnie narząd krążenia, podstawową przemianę materii. Podaje się choremu środki uspakajające i wzmacniające. Dalej podaje się roztwór Lugola dwa razy dziennie, zaczynając od dwóch kropli i zwiększając codziennie dawkę o jedną kroplę aż do dwudziestu kropel. Następnie zmniejszając dawkę o jedną kroplę dochodzi się do dwóch kropli dwa razy dziennie.

Obecnie, w przygotowaniu do operacji chorego z wolem toksycznym coraz częściej stosuje

się preparat pod nazwą tiouracyl lub metylotiouracyl. Nowy ten środek obniża podstawową przemianę materii, zmniejsza objawy nerwowe, zwalnia tętno. Stosuje się go w dawkach 0,1 do 0,2 g trzy razy dziennie Metylotiouracyl jest produkowany w kraju.

Chory do operacji ułożony jest nawznak z głową, zwisającą ku dołowi. Na twarz operowanego kładzie się maskę Schimmelbuscha, przykrywa się ją jałowymi chustami gazowymi, co umożliwia oddychanie.

Zabieg operacyjny wykonuje się najczęściej w znieczuleniu miejscowym nowokainą jednoprocentową lub półprocentową. Przed operacją wstrzykuje się choremu morfinę z atropiną lub scophedal.

Opatrunek pooperacyjny składa się z kilku płatów gazy, pokrytych luźno ligniną. Chorego po operacji układamy w pozycji półsiedzącej. W ciągu doby po operacji nie pozwalamy nic połykać, nawet płynów.

Zdarza się niekiedy po operacji, że scieńczałe wskutek długotrwałego ucisku przez wole ściany tchawicy zapadają się, co może doprowadzić do zaburzeń w oddychaniu, a nawet do duszenia się chorego. Może zajść wówczas potrzeba wykonania tracheotomii.

LECZENIE CHOROBY BASEDOWA polega na podawaniu środków uspokajających i wzmacniających (brom, luminal, fosfór, arszennik, chinina w połączeniu z bromem, waleriana). Należy stosować dietę mleczno-jarzynową, wskazane jest także przebywanie chorych w miejscowościach podgórskich. Tiouracyl i metylotiouracyl hamuje tworzenie się tyroksyny w tarczycy, stosuje się go z bardzo dobrymi wynikami w chorobie Basedowa do 0,6 gr. dziennie, a po ustąpieniu objawów toksycznych w dawkach znacznie mniejszych. Lek ten posiada jednak pewne własności trujące (wymioty, wysypki skórne, agranulocytozę) i dlatego powinien być stosowany ostrożnie. Jeżeli racjonalne leczenie wewnętrzne, trwające dłuższy czas, zawodzi, stosuje się leczenie operacyjne, tj. wycięcie wola.

LECZENIE NIEDOMOGI WYDZIELNICZEJ TARCZYCY polega na podawaniu tyroksyny lub preparatów suchego gruczołu tarczowego.

LECZENIE NOWOTWORÓW złośliwych tarczycy polega na doszczętnym zabiegu operacyjnym i następowym leczeniu promieniami Rentgena.

Stanisław Kasina

DANUTA ŁOPOTT
Szpital Miejski Nr 4, Warszawa

Wole

Pielęgnowanie chorych przed i po zabiegu

CHOROBA Basedowa powstaje na skutek nadczynności tarczycy, na tle czynników usposabiających, rodzinnych, odziedziczonych, polegających bądź na pewnej wrażliwości tarczycy (np. wole), bądź na nadmiernej pobudliwości układu współczulnodokrewnego. Pobudliwość tę mogą wywołać czynniki zewnętrzne jak przestrach, przeżycia psychiczne, płciowe, ostre choroby zakaźne.

Nadmiar wydzieliny tarczycy dostaje się drogami chłonnymi do krwi, powodując szereg zmian w ustroju, jak: wzmożenie przemiany podstawowej, objawy sercowo - naczyniowe, wzmożoną pobudliwość układu współczulnego (objawy oczne), nerwu błędnego (wymioty i biegunka).

W powstaniu tej choroby odgrywają dużą rolę inne gruczoły dokrewne jak grasica, nadnercze, trzustka. Stałym objawem tego cierpienia jest powiększenie tarczycy; bywa ono przemijające, później jednak powiększenie to staje się trwałe.

Pielęgnowanie

Wiedząc o tym, że chorzy cierpiący na nadczynność tarczycy, są pobudliwi i nerwowi staramy się otoczyć ich specjalną opieką, zapewnić im spokój, chorym takim polecamy leżenie w łóżku. Pamiętając, że dieta odgrywa tu ważną rolę, podajemy pokarmy obfitujące w węglowodany i tłuszcze, a zawierające mało białka. Jeśli chodzi o samo leczenie, wykonujemy ściśle zlecenia lekarza, pamiętając, że jod

czyli lugol należy podawać na mleku w dawkach bardzo d o k ł a d n y c h, odpowiednio je zwiększając. Jod podajemy przy strumie jako leczenie, natomiast przy chorobie Basedowa jako przygotowanie do zabiegu operacyjnego, dziesięć dni przed zabiegiem.

Przed zabiegiem

W leczeniu chirurgicznym, polegającym na operacyjnym zmniejszeniu rozmiarów wola, lub podwiązaniu jego naczyń, zwrócić należy uwagę na przygotowanie chorego do zabiegu i pielęgnowanie po zabiegu. Biorąc pod uwagę wrażliwość i pobudliwość chorego na skutek schorzenia, musimy zapewnić mu spokój i wypoczynek, to też wieczorem w przeddzień operacji podajemy luminal 0,006 na noc, aby groza zabiegu operacyjnego nie zabrała mu koniecznego snu i wypoczynku. W dniu operacji chory pozostaje na czczo, na godzinę lub 45 minut przed zabiegiem robimy mu zastrzyknięcie z morfiny z atropiną (według zlecenia lekarza).

Po odprowadzeniu chorego na salę operacyjną pielęgniarka musi przygotować łóżko chorego w p o z y c j i s i e d z ą c e j. Potrzebujemy do tego ramę (czyli podpórkę pod głowę), jeśli łóżko nie jest składane, najmniej 5 poduszek i wałek pod nogi, aby chory mógł się utrzymać w pozycji siedzącej i nie zsuwał się. Następnie przygotowujemy: nerkę do odpluwania krwi lub śliny, ligninę do wycierania jamy ustnej, kubeczek z zimną wodą i łopatkę owiniętą gazą do zwilżania jamy ustnej, gdyż chory odczuwa pragnienie na skutek atropiny podanej przed operacją. Wiemy, że atropina zmniejsza wydzielanie gruczołów ślinowych, wysusza jamę ustną i tym samym powoduje pragnienie. Jeśli chory nie ma odruchów wymiotnych (które mogą powodować zsunięcie się podwiązek na naczyniach krwionośnych), podajemy do picia zimną wodę.

Łóżko chorego, tak jak każdego chorego pooperacyjnego, ogrzewamy, gdyż i tego rodzaju operacja może wywołać wstrząs. Sala powinna być wywietrzona i ogrzana do odpowiedniej temperatury.

Po zabiegu

Pielęgnując chorego po strumektomii zwracamy uwagę, czy rana nie krwawi, w razie krwawienia robimy powierzchownie opatrunek uciskowy dobandażowując pewną ilość waty lub ligniny. Pielęgniarka powinna wiedzieć, czy chory miał założone dreny, w tym bowiem wypadku przekrwienie nie będzie znakiem groźnym. Należy pamiętać również, że tak jak po każdej operacji może tu wystąpić niedomoga mięśnia sercowego, upośledzenie w krążeniu, które możemy wyrównać podając (na zlecenie lekarza) środki obwodowe lub nasercowe. W tym też celu musimy przygotować tacę do zastrzyków ze środkami nasercowymi jak: coramina, caradiasol, cardiamid, coffeini natri benzoici, może być również potrzebna lobelina lub adrenalina.

Dwa niebezpieczeństwa

Najważniejszą rzeczą po zabiegu jest obserwowanie chorego, czy nie nastąpi u niego odruchowy **obrzęk głośni,** co może spowodować śmierć przez uduszenie. W pokoju zabiegowym lub operacyjnym, równocześnie z operacją musi być wszystko przygotowane do zrobienia tracheotomii. Taca, a na niej w sterylizatorze dwa noże (skalpele), pensety anatomiczne i chirurgiczne, ostre haczyki, rurka do tracheotomii, puszka z jałowym materiałem, jak serwetki i materiał opatrunkowy. Nie wolno zaniedbać tego przygotowania, gdyż obrzęk głośni może wystąpić przez pierwsze 48 godzin zupełnie niespodziewanie.

W wypadku wola zachodzącego do mostka — po zabiegu operacyjnym może nastąpić **zapadnięcie się tchawicy.** Ponieważ tchawica jest do pewnego stopnia podtrzymywaną przez wole (ma pewną sprężystość), a po wycięciu następuje zwiotczenie, może nastąpić zapadnięcie się tchawicy powodujące upośledzenie w oddychaniu. Także i w tym wypadku robi się tracheotomię, mając przygotowany ten sam zestaw, co wyżej.

W wypadku obrzęku głośni lub zapadnięcia się tchawicy, w z y w a m y n a t y c h m i a s t l e k a r z a, który wykonuje tracheotomię, nadcina krtań i zakłada rurkę umożliwiającą swobodny dostęp powietrza. Objawami tak w jednym jak i drugim wypadku będzie sinica, niemożność oddychania, chwytanie powietrza i wytrzeszcz oczu. Są to objawy, na które pielęgniarka powinna zwracać baczną uwagę, gdyż wówczas w rękach jej leży często życie chorego.

Danuta Łopott

L. MIROCZNIK
P. S. P. Nr 3, Warszawa

Oddział szkoleniowy

BARDZO ważnym zadaniem Szkoły Pielęgniarstwa na odcinku pracy szpitalnej uczennic jest zorganizowanie ODDZIAŁU SZKOLENIOWEGO.

Podobnie, jak nie jest do pomyślenia istnienie oddziału chirurgicznego bez sali operacyjnej, lub istnienie oddziału położniczego bez specjalnej sali porodowej — tak samo nie jest możliwe racjonalne szkolenie uczennic w pracy szpitalnej bez — dobrze urządzonego oddziału szkoleniowego.

Najlepszym rozwiązaniem dla szkoły, jest stały oddział szkoleniowy — tzw. oddział permanentny. Jeżeli jednak jest to niemożliwe z tych lub innych przyczyn, szkoła powinna organizować oddziały szkoleniowe okresowo.

Ma to nawet swoje dodatnie strony.

Przy każdorazowym urządzaniu oddziału szkoleniowego, uczennice uczą się organizacji terenu pracy, wzorem ma tu być szkolna sala pokazowa (demonstracyjna).

Uczennice pomagając w organizacji oddziału, przekonywują się, że można pokonać wiele trudności, aby wyposażyć oddział, dostarczając maximum wygód choremu i stwarzając odpowiednie warunki pracy pielęgnarce.

Urządzenie oddziału jest często sprawą pomysłowości, racjonalizatorstwa oraz umiejętnego kontaktu z administracją szpitala.

Podam tu przykłady z naszego oddziału szkoleniowego:

I. Na naszym oddziale brak było stolików przyłóżkowych, zastąpiłyśmy je więc zwykłymi półkami na hakach, zawieszając je na krawędziach dwóch sąsiadujących łóżek. Jest to rzecz tania, wykonana w warsztacie szpitalnym, spełnia zaś swoje zadanie, jest bowiem na czym postawić szklankę z napojem dla chorego, przyniesione choremu kwiaty, czy tacę przygotowaną do zabiegu. Półka ta jednocześnie może służyć jako podstawa do pozycji półsiedzącej.

II. Przygotowując ceratowe korytko do mycia głowy, obszywamy ceratą wałek z włosia końskiego lub szarej waty, w ten sposób unikamy używania na ten cel ręczników.

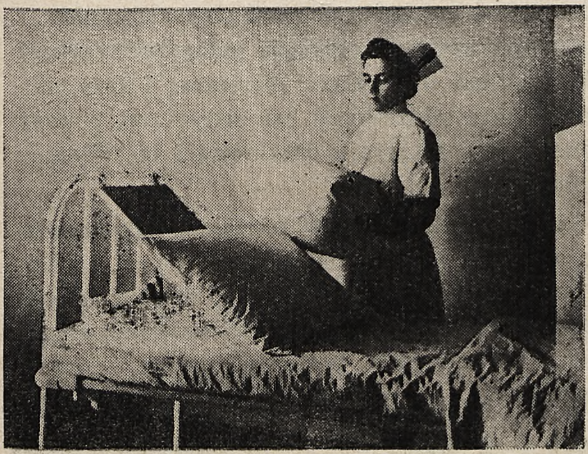


WAF

III. Wobec braku aparatu Sahliego do robienia hypodermoklizy, zmontowałam przyrząd zastępczy. Składa się on ze zwykłej butelki szklanej o pojemności 1 litra płynu. Butelka ta zaopatrzona jest w gumowy korek, w którym wyżłobione są dwa wąskie otwory na dwie rurki szklane; jedna rurka długości 10 cm, druga rurka sięgająca prawie dna butelki. Rurkę krótszą łączymy z drenem gumowym i kolbą Martina, drugi koniec kolby Martina łączymy z drenem zaopatrzonym igłą do hypodermoklizy.

Sposób użycia: Płyn do hypodermoklizy (sól fizjologiczna, glukoza 5%, lub płyn Ringera) sterylizuje się w tejże butelce. Zakończenie rurek szklanych pokrywamy kapturkami z gazy, aby para mogła się ulatniać.

Wyjaławiamy w kąpieli wodnej lub na siatce azbestowej. Rurkę gumową, kolbę Martina i igłę gotujemy osobno. Przed wykonaniem kroplówki podskórnej odwracamy butelkę do góry dnem. Szklana rurka długa powinna być ponad poziomem płynu. Zawieszamy aparat na statywie, krótką rurkę łączymy z rurkami wygotowanymi, jak podałam wyżej.



WAF

Można śmiało powiedzieć, że racjonalizatorstwo pracy pielęgniarskiej jest czynnikiem niezbędnym, ogromnie tę pracę ułatwiającym.

Przez zorganizowanie oddziału szkoleniowego — po pierwsze: umożliwiamy uczennicom kontynuowanie pracy zgodnie z zasadami pielęgniarstwa, jakie otrzymały one w szkolnej sali pokazowej, po drugie: unikamy mylnego przekonania, jakie może powstać w świadomości uczennic (jeżeli pracują na oddziałach nieszkoleniowych), że „oddział szpitalny to nie sala pokazowa".

„Nie mogę pracować tak, jak mnie uczono w szkole" — myśli niejedna uczennica.

Ta rozbieżność między teorią a praktyką jest bezwzględnie szkodliwa. Oddział szkoleniowy powinien udowodnić, że szpital jest prawdziwą uczelnią, a sala pokazowa jest tylko etapem przygotowawczym.

DALSZE ZALETY

ODDZIAŁ SZKOLNY, na którym uczennice czują się gospodarzami, a nie przypadkowymi gośćmi, wyrabia w nich poczucie odpowiedzialności i obowiązkowości w pracy — zalety niesłychanie ważne w zawodzie pielęgniarskim.

ODDZIAŁ SZKOLNY umożliwia wprowadzenie współzawodnictwa pracy. ponieważ na jednym odcinku w wielu różnych punktach, pracują uczennice pozostające mniej więcej na jednakowym poziomie naukowym.

ODDZIAŁ SZKOLNY wyrabia w uczennicach sumienność: instruktorka szpitalna omawia na odprawach wszystkie niedociągnięcia w pracy, zapoznając uczennice z błędami niektórych słuchaczek. W ten sposób stwarza się pręgierz opinii społecznej.

ODDZIAŁ SZKOLNY — dzięki odpowiednim warunkom pracy — ma możność nauczenia słuchaczek indywidualnego odnoszenia się do chorego, poucza słuchaczki, że skala wrażliwości każdego człowieka jest bardzo szeroka, że czynnik psychiczny odgrywa dużą rolę w samopoczuciu chorego.

ODDZIAŁ SZKOLNY daje uczennicom dalszą atmosferę nauki, słuchaczka nabiera pewności siebie, poszukuje nowych dróg, usprawniających jej pracę — wiedząc, że jej inicjatywa i samodzielność będą należycie doceniane.

Poza tym praca zespołowa na oddziale szkolnym uspołecznia zespół uczennic, wyrabia odpowiednie ustosunkowanie się starszych słuchaczek do koleżanek młodszych i do personelu technicznego.

ORGANIZACJA ODDZIAŁU

Oddział szkolny spełni swoje zadania uczelni pod warunkiem, że zostanie dobrze zorganizowany.

Jednym z bardzo ważnych warunków jest odpowiedni stosunek liczby chorych do liczby uczenic oraz liczby uczennic do instruktorek.

Najlepsze wyniki nauczania można osiągnąć na małym oddziale szkolnym (30—40 łóżek). Na jedną uczennicę nie powinno wypadać więcej niż 5—6 chorych. Na każdej zmianie rannej i popołudniowej powinna pracować jedna instruktorka.

W nocy oddział szkoleniowy szkoły 2-letniej powinien być często odwiedzany przez dyrektorkę szkoły oraz asystentkę dyrektorki (instruktorkę szkolną), które najczęściej mieszkają na

terenie szkoły, w czasie bowiem inspekcji nocnej uczennice można wiele nauczyć i poznać ich pracę, kiedy pozostają same.



WAF

Ponieważ jeden mały oddział jest niewystarczający dla potrzeb szkoły, należy organizować jednocześnie dla uczennic po pierwszej teorii, oddziały: chirurgiczne, wewnętrzne i neurologiczne.

Ważnym warunkiem nauczania jest dobór na oddziale szkoleniowym co najmniej 70% ciężko chorych. W tym wypadku, instruktorka może należycie wykorzystać kikotygodniowy pobyt uczennic na poszczególnych oddziałach, aby nauczyć je:

właściwego pielęgnowania chorych,
odpowiedniej obserwacji objawów chorobowych oraz zmian, które zachodzą w stanie ciężko chorych,
należytego podejścia do ciężko chorych,
prawidłowego żywienia ciężko chorych,
ogólnej gospodarki na oddziale.

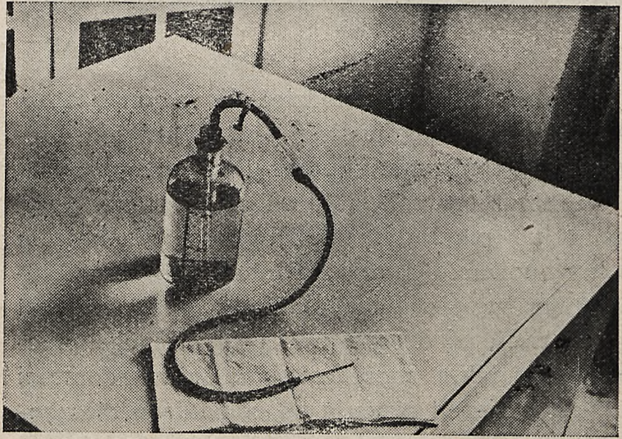
PLAN PRACY

Nieodzownym czynnikiem szkolenia jest dobrze ułożony plan pracy uczennic dla każdej zmiany. Plan ten powinien być umieszczony w pokoju przygotowawczym, lub w dyżurce pielęgniarek, gdzie odbywają się odprawy i zdawanie raportu.

Plan pracy musi przewidzieć najdrobniejsze czynności pielęgniarskie, jak również wszystkie zlecenia lekarskie. Dokładne rozplanowanie tych czynności w różnych godzinach pracy jest konieczne. W planie powinna być uwzględniona godzina ciszy, najlepiej po obiedzie. Godzina ta powinna być wykorzystana na odprawę. Odprawa obejmuje: krytykę pracy uczennic i ich osiągnięć, omówienie przypadków specjalnych, omawianie przebiegu choroby u poszczególnych chorych oraz tłumaczenie wyników przeprowadzanych badań. Na koniec, w czasie odprawy zgłaszają uczennice swoje dezyderaty i bolączki w pracy. Odprawa taka powinna trwać krótko i odbywać się codziennie.

Godzina ciszy na oddziale może być również wykorzystana na pokazy kliniczne, które prowadzi lekarz oddziałowy lub ordynator, pokazy te znacznie rozszerzają wiadomości teoretyczne uczennic.

Szkoła powinna być w kontakcie z ordynatorem oddziału i lekarzami oddziałowymi, ta ścisła bowiem współpraca sprawia, iż instruktorki szpitalne nie są osamotnione w swoich wymaganiach, dotyczących poziomu pracy uczennic w szpitalu.



WAF

Aparat zastępczy do hypodermoklizy, skonstruowany w/g opisu na str. 14-tej

DWIE METODY NAUCZANIA

Metoda pierwsza — poszczególne uczennice są odpowiedzialne za całokształt pielęgnowania powierzonych im chorych. Odpowiadają więc:

za utrzymanie czystości chorych i ich otoczenia,
za wykonanie zleceń,
za prowadzenie sprawozdań i kart gorączkowych.

Metoda druga — praca uczennic podzielona jest na szereg odrębnych czynności, np.: jedne ścielą łóżka, inne są odpowiedzialne za higienę osobistą chorych, inne zaś za wykonanie zleceń. Przy tej jednak metodzie trudno jest ustalić, kto jest odpowiedzialny za obserwację chorych, co stanowi jednak tak ważny moment w leczeniu i pielęgnowaniu chorych.

Wydaje mi się jednak, że druga metoda daje wyniki gorsze, wytwarza się tu bowiem rodzaj pracy zmechanizowanej, może i szybszej pod względem czasu, jednak mniej korzystnej dla chorego. Przy metodzie tej:

zatraca się indywidualne podejście do chorego,

wytwarza się odpowiedzialność jedynie za techniczne wykonanie pracy, z pominięciem pewnego klimatu życzliwości, troski i pamięci o wszystkich, co stanowi wygodę dla ciężko chorego.

Przy metodzie **pierwszej** rozwija się ponadto samodzielność uczennicy i zaradność. Będąc odpowiedzialna za całokształt pracy, uczennica musi pracę swoją planować i radzić sobie we wszystkich trudniejszych sytuacjach. Metoda ta uczy słuchaczki odpowiedzialności za całokształt opieki nad chorym i wyrabia w niej inicjatywę. W rezultacie metoda ta daje pielęgniarce większą satysfakcję w pracy i rozszerza jej horyzont wiedzy.

L. Mirocznik

N. LISOWSKA

PRACA PIELĘGNIARKI ODCINKOWEJ

PIELĘGNIARKA ODCINKOWA pracuje bezpośrednio przy chorym — pod jej zarządem i opieką znajduje się kilka sal, liczących łącznie od 25 do 30 łóżek. Na odcinku pracują zazwyczaj 2 pielęgniarki — na zmianę, pracują one zawsze w tych samych salach (chyba że pełnią dyżur nocny na całym oddziale). Jeśli jedna z nich korzysta z przysługującego jej co 7 dzień wolnego dnia, wówczas zastępuje ją pielęgniarka lotna z tego samego oddziału.

Zawsze te same pielęgniarki przy tych samych chorych, to ideał rozłożenia dyżurów. O ile oddział jest mały (np. 40 łóżek) organizuje się na nim jeden odcinek z 1 punktem pielęgniarskim, gdzie rano pracują 2, a po południu — 1 pielęgniarka, 4-ta pozostaje na dyżurach nocnych (w ciągu 6-ciu nocy), 5-ta zaś ma wolny dzień. Przy takim układzie wszystkie pielęgniarki przechodzą kolejno przez dany odcinek.

Jeżeli do pielęgniarki odcinkowej przydziela się czasem do pomocy „pomoc przyuczoną", (nie mylić z „młodszą pielęgniarką") wówczas zawsze **odpowiedzialność za opiekę nad odcinkiem ponosi jedna tylko pielęgniarka**, druga zaś pracuje tylko pod jej kierunkiem. Do pielęgniarki odcinkowej powinna być również przydzielona zawsze ta sama salowa (równolegle na dyżurach), która służbowo podlega pielęgniarce oddziałowej, bezpośrednio jednak pracuje pod kierunkiem pielęgniarki odcinkowej i jest do jej pomocy i dyspozycji.

Pielęgniarka odcinkowa, mając niewiele łóżek pod opieką, powinna doskonale orientować się w ruchu chorych, znać ich stan i postawioną przez lekarza diagnozę. Pielęgniarka, pracując stale na tym samym odcinku, ma możność nawiązania kontaktu z rodziną chorych i stać się prawdziwą ich opiekunką.

Pracę pielęgniarki odcinkowej podzielimy na szereg zasadniczych działów.

Najważniejsza i najistotniejsza jest sama praca przy chorym, czyli — opieka nad pacjentem.

Następnym działem jest prowadzenie odcinka oraz związane z tym sprawy kancelaryjne i lekarskie.

Trzecim odrębnym działem jest gospodarcza i porządkowa strona.

OPIEKA NAD CHORYM

Do pielęgniarki odcinkowej należy wykonywanie wszelkich **zabiegów i pielęgnowanie** na

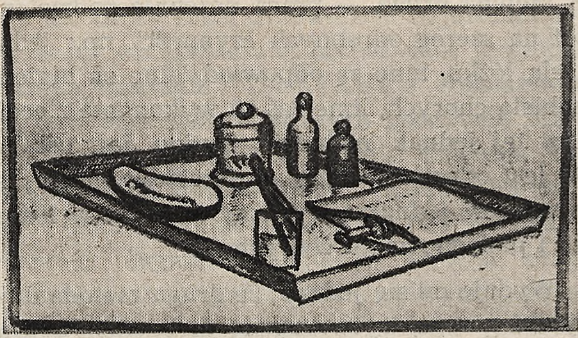
jej odcinku, rozdawanie lekarstw, pożywienia, utrzymywanie chorych i ich otoczenia w czystości, zaspokajanie kulturalnych potrzeb chorych, utrzymanie dobrego, pogodnego nastroju wśród chorych, a przede wszystkim obserwacja pacjentów, nie uciążliwa dla nich, a bardzo czujna i dokładna.

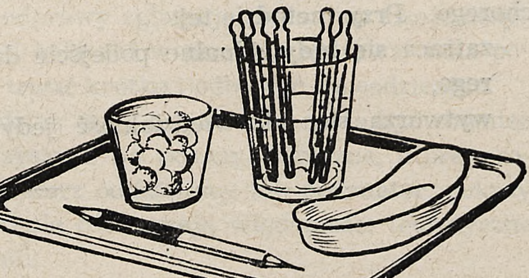
Dla szybszej orientacji i ułatwienia pracy, pielęgniarka ma na biurku rodzaj „stojącej tablicy“ z podziałem na sale i łóżka, gdzie w odpowiednie miejsca zakłada kartki z nazwiskami chorych. W ten sposób ma przed oczyma zawsze stan chorych i ich rozmieszczenie na odcinku. Jeżeli pielęgniarka odcinkowa ma dodaną sobie pomoc, dzieli pracę w ten sposób, by kierować młodszą koleżanką. Sama wykonuje wszelkie zabiegi i rozdawanie leków, zaś koleżance daje możność stopniowego zapoznania się z pracą ,polecając jej wykonywanie np. przeglądu czystości, lżejszych zabiegów, przekazując karmienie chorych, czuwanie nad posiłkiem i snem, obserwację każdej zmiany w ich stanie i samopoczuciu.

ROZDAWANIE LEKARSTW powinno odbywać się systematycznie, przy zastosowaniu kartek z nazwiskiem i imieniem chorego, numerem sali i łóżka, nazwą leku i dawką. Kartki te powinny być ułożone na tacy. Bieganie po oddziałach z kieliszkiem w ręku, lub proszkiem wywiera na otoczeniu przykre wrażenie i może skończyć się fatalną pomyłką.

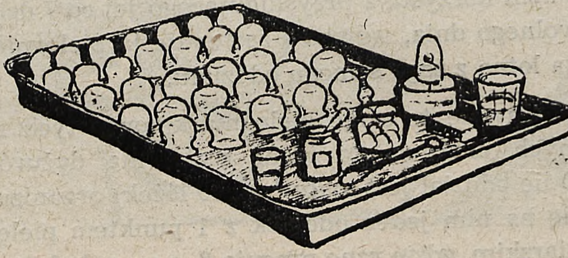
ROZDAWANIE POSIŁKÓW — pielęgniarka odcinkowa powinna potraktować nieomal tak, jak rozdawanie lekarstw — skrupulatnie i dokładnie. Pielęgniarka odcinkowa powinna wszystko wiedzieć o swoich chorych — jaki mają sen, apetyt, kiedy miewają podwyższoną temperaturę.

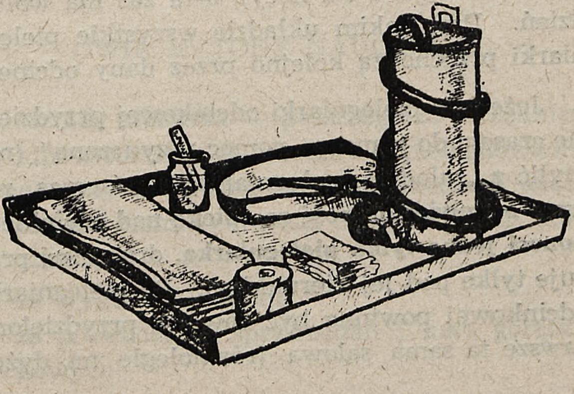
WYKONYWANIE ZABIEGÓW powinno być racjonalnie rozłożone w czasie i przeprowadzone sumiennie, ściśle według zasad pielęgniarskich. Pielęgniarki, które nie mają przygotowanej na odcinku tacy do zastrzyknięć, lecz biegają z wyjałowioną strzykawką w ręku po oddziale — budzą smutne refleksje. Również na odcinku, zawsze pod ręką powinna być przygotowana taca z termometrami, tacka do leków, tacka do baniek. Tacka z zestawem do lewatywy powinna stać w pokoju zabiegowym — zawsze czysta i skompletowana.











Na odcinku powinna także znajdować się jedna tacka zapasowa.

ADMINISTROWANIE ODCINKIEM POD WZGLĘDEM LEKARSKIM I KANCELARYJNYM

Opiera się na prowadzeniu zasadniczych książek jak „książka wykonywanych zabiegów pielęgniarskich", „książka podawanych leków", „książka raportów pielęgniarskich".

Wykonane zabiegi pielęgniarskie powinny być opatrzone godziną i podpisem pielęgniarki, jest to bowiem pisemny dowód wykonanego zabiegu, czy podania leku, a tym samym ułatwia ustalenie odpowiedzialności za wykonanie zlecenia.

Przejrzyste prowadzenie kart gorączkowych, uczciwe i dokładne pisanie sprawozdań (raportów) daje możność kontroli oraz ułatwia przestrzeganie ciągłości pracy. Dokładny raport ustny i piśmienny jest podstawą racjonalnego prowadzenia odcinka. Zasadniczym zadaniem pielęgniarki odcinkowej jest także zdawanie dyżuru w porządku — zmianie przejmującej. Zmiana przychodząca, o ile nie zastanie wszystkiego w należytym porządku ma prawo nie przyjąć dyżuru, tak więc zabiegi wyznaczone na określony czas muszą być wykonane, raport napisany, inwentarz pozostawiony w porządku (przeliczony), sale przed końcem zmiany podmiecione i przewietrzone. Leki, zestawy sprzętu oraz materiał opatrunkowy — przygotowane dla następnej zmiany.

ZDAWANIE RAPORTU nie może się ograniczać do napisania sprawozdania i odczytania go w obecności pielęgniarki oddziałowej. Pielęgniarki zmieniając się w pracy, powinny razem obejść swój odcinek. Przeliczenie np. wspólne pozostawionego zapasu bielizny uniemożliwi potem, gdy coś jest w nieporządku, klasyczną odpowiedź: „nie wiem, to nie na moim dyżurze", która raz wreszcie powinna zniknąć z naszych szpitali. Pielęgniarka, która rozumnie rozłożyła sobie pracę, nie spieszy się i nie pisze raportu „na kolanie", lecz stara się pisać dokładnie i przejrzyście, tak, aby ciągłość pracy, pomimo trzykrotnej zmiany w ciągu doby, została całkowicie zachowana.

* * *

Pielęgniarka odcinkowa, jako wyłączna gospodyni na swoim odcinku, musi dbać o wszystko i o wszystkim pamiętać: kogo ma posłać na prześwietlenie, kogo na badania laboratoryjne, jakie analizy należy posłać do badania, a jakie wyniki odebrać, kogo z pacjentów należy przypilnować, aby zachował dietę i nie jadł pokryjomu rzeczy przyniesionych z domu. Ona także troszczy się o podjęcie leków i bielizny od pielęgniarki oddziałowej, o dostarczenie z odcinka zapotrzebowań na diety. O ile czynności jej mają swoje wyznaczone pory, o ile o niczym nie zapomina — można powiedzieć, że jest dobrą organizatorką. Pielęgniarki wiedzą, że ich praca na odcinku, zwłaszcza od godziny obudzenia chorych do godziny obchodu lekarskiego, jest pracą dosłownie „w pocie czoła" i powinny walczyć o przyznanie im odpowiedniego na wszystko czasu, gdyż inaczej czynności ich z konieczności staną się powierzchowne i niedokładne. Pielęgniarka powinna pilnować przestrzegania godzin posiłków (i przerwy w zabiegach podczas obiadu), godzin odwiedzin, godzin świetlicy lub godzin wyznaczonych na kąpiel tygodniową.

Pracę pielęgniarki odcinkowej regulują poza tym obowiązujące ją instrukcje.

(d. c.n .)

N. Lisowska

H. LEGUTKO

Zdjęcia WAF

Wytyczne pracy pielęgniarki szkolnej

PLAN PRACY ROCZNEJ

Listopad, grudzień, styczeń, luty, marzec, kwiecień

1) SZCZEGÓŁOWE BADANIE WZROKU

Badania te, zależnie od warunków, odbywać się mogą w gabinecie lekarskim w szkole, w Ośrodku Zdrowia lub zbiorowo w klasach. Jeżeli przeprowadzamy je w Ośrodku Zdrowia, wyniki wpisujemy zawsze wprost na kartach zdrowia, jeżeli odbywają się w klasach posługujemy się listami kontrolnymi, z których wyniki po skończonym badaniu przenosimy na karty zdrowia, stopniowo uzupełniane w wolnych chwilach.

Do badania wzroku wybieramy dzień pogodny oraz godziny ranne, kiedy dzieci są mniej zmęczone.

Przed badaniem zaznajamiamy dzieci z tablicą do badania wzroku, wyjaśniając im różnicę między chorobą oczu (np. zapaleniem spojówek, jęczmieniem, jaglicą itp.), a wadą wzroku, której nie rozpoznamy bez tablicy. Następnie tablicę wieszamy na ścianie naprzeciw okna. O ile w klasie są okna na przeciw siebie, tablicę powiesimy na ścianie bez okien. Dzieci odmierzają centymetrem lub krokami 5 m od ściany, na której wisi tablica i kreślą kredą na podłodze grubą kreskę. Następnie pouczamy dzieci, że w klasie panować musi cisza, że nie wolno podpowiadać i przeprowadzamy ćwiczenia zasłaniania lewego potym prawego oka bez naciskania gałki ocznej palcami, ale przysłaniając oko dłonią. Ucisk palców na rogówkę powoduje osłabienie siły wzroku na przeciąg kilku minut, co daje dużo omyłek lub przedłuża badanie. Następnie wywołujemy dzieci pojedynczo, w kolejności ławek, żeby nie robić hałasu. Dziecko staje na kresce i czyta litery, które wskazujemy trzcinką lub patyczkiem.

Do badania wzroku służy tablica próbna, której znaki oko normalne czyta z określonej odległości. Odległość ta (D) jest oznaczona przy każdym wierszu. Siła widzenia (V) jest w stosunku prostym do odległości, z której oko rozpoznaje znaki. Chcąc więc oko badane porównać do prawidłowego, układamy stosunek V : 1 — d : D, stąd wzór na siłę wzroku V = d/D przy czym „d" oznacza tu odległość dziecka badanego od tablicy. Siłę widzenia oznaczamy za pomocą ułamka, w liczniku pisząc liczbę oznaczającą odległość oka od tablicy, a w mianowniku liczbę odpowiadającą odległości, z której oko prawidłowe powinno czytać najmniejszy druk rozpoznawany przez osobę badaną.*).

Jeżeli dziecko odczyta na tablicy, od której oddalone jest o 5 m tylko górną literę to jego siła widzenia 5/50. Jeżeli odczyta dolną linijkę to jego siła widzenia wynosi 5/5 i jest prawidłowa.

Zaczynamy badać od dolnych linijek, a więc od liter najmniejszych. Jeżeli linijką dobrze przeczytaną jest dopiero linijka od dołu oznaczoną ułamkiem 5/15, dziecko źle widzi. Takie dziecko skierowujemy do lekarza, nie mówiąc kategorycznie, że musi nosić szkła, lecz tylko wskazujemy na konieczność zbadania wzroku.

Ważne jest wczesne kierowanie dzieci podejrzanych o krótkowzroczność do okulisty, wiemy bowiem, że noszenie szkieł niekiedy powstrzymuje postęp wady wzroku lub ją cofa. Nie zapominajmy, że należyta sprawność narządu wzroku jest czynnikiem niezmiernie ważnym dla umysłowego rozwoju dziecka.

2) BADANIE SŁUCHU

wykonuje się za pomocą mowy używając szeptu. Minimum normalnego słuchu dla szeptu stanowi 6 m.

Badanie wykonujemy w następujący sposób: uczeń staje w odległości 6 m, zwrócony jednym uchem do nas, drugie ucho zatyka palcem zmoczonym w wodzie, ażeby lepiej je uszczelnić. Stajemy nawprost ucznia tak, aby nie widział ruchu naszych ust i wymawiamy szeptem wyrazy, każąc mu je głośno powtarzać. Używamy wyrazów jedno i dwu zgłoskowych o wysokim i niskim brzmieniu. Wyrazy zawierające samogłoski **e, i,** oraz spółgłoski **s, c, z, sz, dz, t, d, k** (siedemdziesiąt, pies, ciecz) mają brzmienie wysokie, wyrazy z samogłoskami **o, u, ą, e** i spółgłoskami **w, m, l, r,** (sto, oko, koło, mur, pięć) mają brzmienie niskie.

Upośledzenie ucha w stosunku do niskich tonów wskazuje na cierpienie ucha środkowgo, w stosunku do wysokich — ucha wewnętrznego. Jeżeli uczeń nie słyszy szeptu, skierowujemy go do lekarza.

Dzieci z osłabionym słuchem zasługują na szczególną uwagę i powinny być sadzane w pierwszych ławkach w pobliżu nauczyciela.

3) BADANIA INDYWIDUALNE MŁODZIEŻY SZKOLNEJ

Zasadniczo badaniu podlegają wszystkie dzieci szkolne raz w roku, w wypadku trudności kl. I, IV i VII.

Badania te mają na celu sprawdzenie rozwoju dziecka i zapobieganie wadom rozwojowym i schorzeniom (wady wzroku, słuchu, krzywica, płaskie stopy, skrzywienie kręgosłupa, wychudnięcie, adenoidy, powiększenie gruczołów itd.).

Badanie dzieci w klasie VII mają również na celu pomoc przy obraniu zawodu.

Badania indywidualne rozpoczynamy zaraz po badaniach wstępnych. Wiedząc jakie dnie i ile godzin przeznaczonych jest na badania, orjentujemy się na podstawie kalendarza, odliczając

---

*) Por. Dr J. Matusewiczówna: Choroby oczu i wady wzroku w wieku szkolnym. Higiena szkolna pod redakcją Dr Sanisława Kopczyńskiego. Warszawa 1933.

święta i wakacje, ile dzieci może być zbadanych licząc po 6 na godzinę, (należy pamiętać, że dojdą prawie zawsze badania przygodne). To też już na początku roku możemy ustalić ilość klas i dzieci, które będą zbadane do końca kwietnia.

Do badań indywidualnych przygotowujemy:

a) Kwestionariusze do rozdania młodzieży szkolnej. Kwestionariusze dajemy do wypełnienia w domu dzieciom kl. I lub nowo zapisanym z kl. II, III, aby móc z nich wcześniej wypełnić dokładnie kartę zdrowia.

Małe dzieci szczegółów tych nie wiedzą. Ponadto z kwestionariuszy wypisujemy na kartę zdrowia uwagi odnoszące się do dziecka, np. Czy dziecko kaszle? Czy w rodzinie są przypadki chorób płucnych? Czy dziecko śpi z otwartymi ustami? Czy dziecko oddaje pod siebie mocz w nocy? Na te rzeczy zwrócimy lekarzowi uwagę w czasie badania. Możemy też kwestionariusze załączać do karty zdrowia podając je lekarzowi w czasie badania.

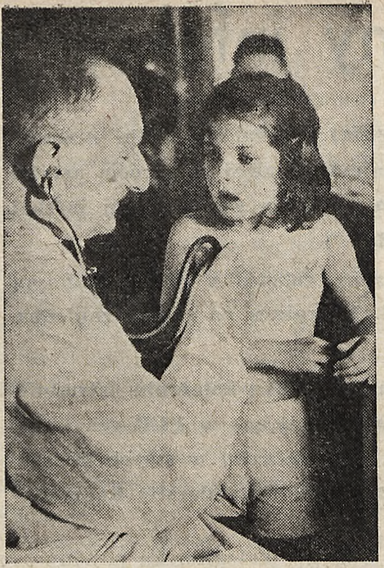


rejestracja

b) Wypełnione karty zdrowia.
c) Waga i miara dzieci.
d) Badanie wzroku i słuchu.
e) Zawiadomienia do rozdania rodzicom o mającym odbyć się badaniu.

W miarę przychodzenia rodziców wywołujemy dzieci z klasy (o ile badania odbywają się w szkole).

Pomoc nasza przy badaniach polega na zapisywaniu uwag lekarza na kartach dzieci, wypisywaniu druków skierowań, przy tym musimy zdawać sobie sprawę, że w prowadzeniu kart zdrowia chodzić nam powinno **nie o suchą statystykę**. Podajemy pomiary wzrostu i wagi, rejestrujemy choroby, wady cielesne; jest to rzecz ważna daje nam ona pojęcie o stanie fizycznym naszych dzieci, lecz to dopiero punkt wyjścia do celu głównego — do ustalenia wskazań higienicznych i leczniczych.



badanie

Nam, pielęgniarkom, powinno chodzić nie tyle o to, ile zarejestrujemy przypadków skrzywień kręgosłupa, wad wzroku, przypadków próchnicy zębów, przepukliny, świerzbu itp., lecz daleko więcej o to — ilu uczniów, dzięki naszym staraniom i naleganiom wyprostowało kręgosłup, ilu zaopatrzyło się w szkła, w bandaż przepuklinowy lub usunęło przepuklinę, ilu wyleczyło zęby, naprawiło wymowę, poprawiło stan odżywienia, wyjechało na kolonie, wdrożyło się w większą czystość i stosowanie ogólnych zasad higieny.

W tym celu robimy odpowiednie notatki na kontrolnych listach klasowych, aby przy każdej bytności móc sprawdzić w klasach czy starania nasze odnoszą skutek.

Dla zobrazowania zdrowotności dzieci w szkole oraz kontroli dzieci, wymagających naszej opieki, możemy wprowadzić znakowanie kart przez naklejanie lub rysowanie kolorowym ołówkiem znaków na rogach kart. Różne kolory będą się odnosiły do różnych odchyleń lub schorzeń np. karty dzieci z kontaktów gruźliczych znaczymy kolorem czarnym, karty dzieci z wadami wzroku czerwonym itd. Znakowanie to ułatwi nam pracę, czy to na początku roku szkolnego, przy wybieraniu dzieci do kontroli szkieł, czy w ciągu roku do prewentoriów, na kolonie i t. p.

Nawiązując do artykułu w Pielęgniarce Polskiej Nr 11/49 „Poradnia Szkolna“, w dalszym rozwoju lecznictwa otwartego w planie 6-letnim przewiduje się pewne zmiany w opiece nad dzieckiem szkolnym. Poradnie szkolne w Ośrodkach Zdrowia zmienią swe oblicze przez wysunięcie na plan pierwszy dziecka chorego do lat 14, jak również zmienią swą nazwę przez utworzenie poradni B II. dla dzieci chorych.

Zdrowe dziecko szkolne pozostanie nadal w ramach poradni B I. w miarę możliwości lokalowych oraz odległości od szkoły. Rejestracja natomiast ulegnie zasadniczej zmianie. Będziemy rejestrować centralnie tylko dzieci chore z naszego rejonu. Dzieci zdrowe będą miały swoje karty zdrowia w poradni lub szkole ułożone w osobnych skrzynkach, szkołami według klas.



oględziny skóry

W wypadku zachorowania przekazujemy dziecko odpowiedniej poradni, rejestrując je centralnie.

Do szkół położonych dalej od Ośrodka celem przeprowadzenia badań indywidualnych będzie dochodził lekarz.

Z dziećmi chorymi będziemy postępować jak wyżej.

Ponadto szkoła czy przedszkole, znajdujące się w naszym rejonie, będzie środowiskiem zbiorowym, którym zajmie się pielęgniarka terenowa prowadząc prace higieniczne i sanitarno oświatowe.

H. L.

Zapobiegamy infekcji w przemyśle

Z uwagi na niesłychanie ważne dzisiaj zagadnienie walki z absencją w naszych zakładach pracy, drukujemy poniżej w skrócie artykuł dr. W. A. Kulikowa pt. „Rola pielęgniarki przy zapobieganiu infekcji z drobnych uszkodzeń ciała". („Med. Rab.")

Autor omawia tu konieczność ochrony robotnika przed drobnymi uszkodzeniami ciała oraz walkę z infekcją grożącą na skutek zaniedbania przypadku.

Artykuł ten powinien zainteresować nie tylko koleżanki zatrudnione w przemyśle, ale również pielęgniarki pracujące w PGR-ych i mające do czynienia nieraz z drobnymi, a poważnymi w swych konsekwencjach wypadkami przy pracy w Zespołach Gospodarstw Rolnych.

Metodyka walki z ropnymi komplikacjami przy drobnych uszkodzeniach powinna być znana każdej pielęgniarce, bowiem drobne uszkodzenie skóry może pociągnąć za sobą poważne komplikacje.

Na skutek stałego stykania się ze środowiskiem zewnętrznym skóra często jest narażona na urazy, najmniejsze uszkodzenia skóry są bramą wejściową dla bakterii, znajdujących się na otaczających nas przedmiotach i na samej skórze. Bakterie powodują powstawanie ropni, zanokcic, ropowic, zapaleń gruczołów potowych itd.

Takie wejściowe bramy dla ropnych infekcji, to: kłute rany od ostrych końców narzędzi, od ukłuć końcem drutu; drobne pęknięcia skóry; nacięcia skóry z mało widocznym dla zwykłego oka uszkodzeniem; drobne pęknięcia powstające od ocierania się o ubranie robocze, na którym znajdują się cząsteczki kurzu metalowego, smarów i innych drażniących płynów.

Na pierwszy rzut oka wydaje się, że kilka wypadków drobnych, „głupich" zranień nie mają wielkiego znaczenia — przecież robotnicy pozostali na swoich miejscach, jednak pielęgniarka wie, że te skaleczenia mogą pociągnąć za sobą ciężkie komplikacje, drobne ranki mogą zacząć ropieć i nawet po zastosowaniu energicznej kuracji, zagoją się mniej więcej po tygodniu, a to — zwłaszcza u kilku robotników — już nie jest „głupstwo" — odbija się bowiem na zdrowiu robotnika i. na wykonaniu jego zadania produkcyjnego.

Dlatego pielęgniarka powinna codziennie notować drobne uszkodzenia i komplikacje powstające w ich wyniku, sygnalizować do polikliniki na jakim oddziale, na którym punkcie pracy miały miejsce te skaleczenia, by sanitarny oddział fabryki mógł poczynić odpowiednie kroki.

W lecie 1949 roku zaobserwowaliśmy następujące wypadki: w czasie upałów robotnicy na oddziałach mających do czynienia z miedzią, zaczęli pracować w trykotowych koszulach — tzw. futbolkach. Wzmożone wydzielanie się potu pod pachami wywoływało swędzenie. Robotnicy odruchowo pocierali rękoma pod pachami, toteż w oddziale, gdzie poprzednio wypadki czyraków zdarzały się rzadko, liczba ich zwiększyła się trzykrotnie.

Podobnie zauważono, że szoferzy w styczniu znacznie częściej chorują na karbunkuły i ropnie na szyi, ponieważ w ciągu pracy nie zdejmują kożuchów, a jednocześnie stale muszą obracać głowę.

Pielęgniarka powinna czuwać nad higieniczno-sanitarnym stanem zakładu pracy oraz wychowywać robotników w poszanowaniu zasad higieny, podobnie jak majster produkcyjny wychowuje robotników w dbałości o wysoką jakość pracy.

Wydaje się, że pielęgniarka, mająca pieczę nad kilkoma oddziałami nie jest w stanie wszystkiego dopilnować. Pielęgniarka nie jest jednak sama w swej pracy, ma ona dziesiątki ludzi wokoło siebie, powinna więc nauczyć ich nieść pierwszą pomoc.

W każdym oddziale, w każdym zakładzie pracy istnieje organizacja Czerwonego Krzyża. Pielęgniarka dobiera grupę z członków ROKK, (Czerwonego Krzyża), przygotowuje ich do egzaminu na pierwszy stopień GSO (pierwszy stopień szkolenia sanitarnego), następnie organizuje ekipę sanitarną (ilość ekip uzależnia od ilości robotników w oddziale — jedną, dwie i więcej ekip). Ekipa składa się z kierownika i trzech sekcyjnych i jest zaopatrzona w apteczkę pierwszej pomocy; inwentarz takiej apteczki nie jest skomplikowany: jodyna, krople walerianowe, amoniak, 2—3 indywidualne opatrunki, 2—3 sterylne bandaże, szyny itp. (W dużych oddziałach koniecznie trzeba mieć nosze).

Członkowie dyżurnej ekipy mają na rękawach opaskę ze znakiem Czerwonego Krzyża. Oprócz pierwszej pomocy w nagłych wypadkach: zranieniach, oparzeniach, nagłych zasłabnięciach — członkowie ekipy powinni pomagać pielęgniarce w przeprowadzaniu roboty profilaktycznej w ogóle i w przeprowadzaniu profilaktyki ropnych zachorzeń przez smarowanie jodyną wszystkich drobnych skaleczeń, zadraśnięć i pęknięć skóry, zwłaszcza na górnych kończynach. Doświadczenie wykazało, że do 40% ropnych zachorzeń powstaje w wyniku drobnych urazów dłoni, palców i przedramienia. W jednym z oddziałów naszej fabryki takie smarowanie robi ślusarzom dyżurny z ekipy Czerwonego Krzyża przy wydawaniu narzędzi ze składu.

Smarowanie profilaktyczne drobnych zadraśnięć i pęknięć skóry powinno robić się przed rozpoczęciem pracy, w chwilę po skaleczeniu się i po skończeniu pracy.

Powstaje pytanie, czy to wszystko wystarczy, by uniknąć ropnych komplikacji?

Naturalnie, że nie. Czystość w oddziale, świeże powietrze, dobre oświetlenie, odpowiednia temperatura, czysta bielizna i często prane ubranie robocze, zainstalowanie pryszniców, umywalki z ciepłą wo-

dą i ręcznikami — to są zwykłe środki profilaktyczne zmniejszające szanse zachorzeń ropnych.

Te wszystkie zarządzenia przy pomocy administracji i społecznych organizacji oddziału pielęgniarka powinna skrupulatnie wprowadzać w życie.

Pielęgniarce pomagają w jej pracy ekipy sanitarne, które powinny stale znajdować się z nią w kontakcie, stale być w stanie pogotowia.

Spis dyżurnych członków ekipy w czasie dnia roboczego powinien być wywieszony w oddziale na widocznym miejscu.

Na punkcie sanitarnym powinny znajdować się wszystkie niezbędne leki i materiały opatrunkowe potrzebne przy okazywaniu pierwszej pomocy. Materiał opatrunkowy, wata biała i szara, lignina, gaza — musi być świeżo wyjałowiony; korzystać z tego materiału można tylko w ciągu jednego dnia, na drugi dzień powinno się brać nową porcję jałowego materiału opatrunkowego. Puszka z jałowym materiałem powinna być przechowywana w zamkniętej szafie.

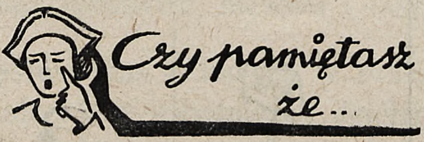
Jak powinna się zachować pielęgniarka, jeżeli pacjent jest zraniony? Przy małych ranach i pęknięciach skóry po oczyszczeniu miejsca dokoła rany benzyną lub spirytusem i zajodynowaniu brzegów ranki, ranę zasypuje się strepcotydem lub sulfidynem, nakłada się suchy opatrunek, przy czym chorego poucza się, by uważał przy pracy przy ruchomych częściach warsztatu, albo przenosi się go na inną pracę.

Jeżeli jednak rana jest większa to, po niezbędnym oczyszczeniu, brzegi rany smaruje się jodyną, nakłada aseptyczny opatrunek i od razu przesyła się chorego do lekarza. Przy podejrzeniu na uszkodzenie kości i naczyń krwionośnych należy nałożyć szynę — unieruchomić kończynę i chorego należy odwieźć do szpitala w towarzystwie sanitariuszki lub dyżurnego z ekipy sanitarnej.

Jeżeli na drugi dzień po skaleczeniu (małe ranki) u chorego wystąpią objawy rozwijającej się infekcji — opuchnięcie, bolesność, zaczerwienienie dookoła ranki — chorego należy natychmiast skierować do chirurga. Takiego skaleczenia w żadnym wypadku nie wolno leczyć na punkcie sanitarnym, ponieważ pielęgniarka nie jest w stanie określić granic infekcji. Szczególne znaczenie ma to przy głębokich kłutych rankach. Czekać na to, że ropa sama znajdzie ujście na zewnątrz i ranka sama się zaleczy — oznacza marnować drogi czas — po trzech, czterech dniach ropa już dosięgnie okostnej lub ścięgna palca i operacja, chociaż bezwzględnie korzystna, nie zapobiegnie temu, że gojenie będzie przewlekłe, a cierpienie chorego ciężkie.

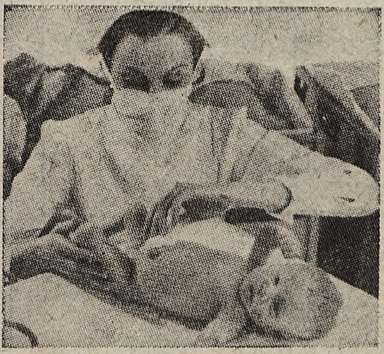
Praca pielęgniarki w każdym ośrodku przemysłowym jest różnorodna i ciekawa. Wprowadzając wytrwale zarządzenia sanitarno - profilaktyczne, pielęgniarka może osiągnąć doskonałe wyniki w walce z zachorzeniami ropnymi.

Oprac. B.

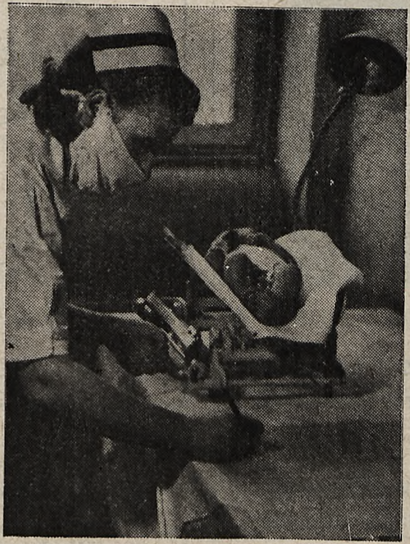


... pielęgnując dziecko powinnaś zawsze zakrywać nos i usta maseczką.

Niemowlę jest ogromnie wrażliwe na zakażenie kropelkowe, katar



nosa, błachy u dorosłego, może być dla niemowlęcia przyczyną ciężkiej choroby, a nawet śmierci.



Pielęgnując niemowlę oddane twej opiece — wyobrażaj sobie, — że to twoje własne dziecko.

Co to znaczy?

Diatermia — metoda leczenia za pomocą ciepła, wytworzonego przez szybkozmienne prądy.

Digitalis — naparstnica, roślina dwuletnia, rosnąca w miejscowościach podgórskich. Naparstnica jest lekiem stosowanym ze świetnymi wynikami przy niewydolności krążenia serca. W liściach jej zawarte są ciała czynne (glukozydy) w ilości 1%. W dawkach leczniczych naparstnica powoduje silny i szybki skurcz i rozkurcz serca, czynność serca się zwalnia, co pozwala na dłuższy wypoczynek mięśnia sercowego. Naparstnica usuwa również niemiarowość (arytmia) czynności serca. Zwiększa wydalanie moczu

Diuretica — leki moczopędne. Leki te zwiększają ilość wydalanego moczu. Do grupy tej należą leki nasercowe jak: naparstnica, strofantyna, kofeina; leki grupy purynowej jak: teobromina, eufilina; napary z roślin zawierających olejki eteryczne jak: rdest i pietruszka.

Diureza — wydalanie moczu.

W SZKOLE I NA KURSIE

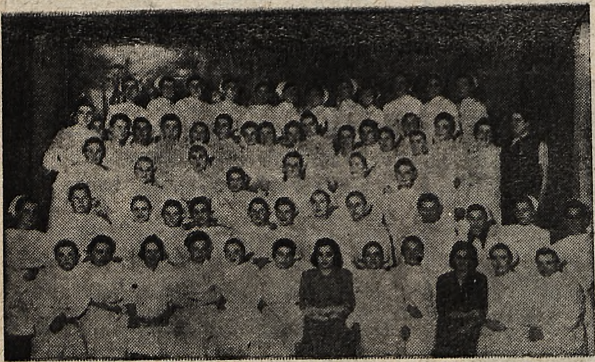


Dnia 11 marca r. b. odbyła się w Lublinie uroczystość zakończenia pierwszego kursu w Ośrodku Szkolenia Młodszych Pielęgniarek PCK.

Absolwentki pierwszego kursu apelują do swych koleżanek w całej Polsce:

„.... My, czynne aktywistki Polskiego Czerwonego Krzyża, apelujemy do naszych wszystkich koleżanek, ażeby na każdej placówce pracy świadomie i bojowo walczyły o prawdę i socjalizm, ażeby wykazały się duchem rewolucyjnym, ażeby wysoko dzierżyły sztandar pokoju".

⁂



Dnia 8 marca r. b. odbyła się w Zielonej Górze uroczystość zakończenia pierwszego kursu Młodszych Pielęgniarek PCK.

Z wyróżnieniem zdały następujące słuchaczki: **Czyż Stanisława, Deszcz Barbara, Ignaszak Bronisława, Oktalijańczuk Maria, Pochanke Maria, Rafalska Zofia i Spaleniak Zofia.**

⁂



Dnia 22 lutego r. b. odbyła się w Bydgoszczy uroczystość zakończenia pierwszego kursu Młodszych Pielęgniarek PCK.

NA WESOŁO



GORLIWA SŁUCHACZKA

— Niechżesz się pan obudzi, nie wziął pan jeszcze lekarstwa na sen.